

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

### **NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: CLINICA PALMIRA S.A.  
Nit.: 891300047-6  
Domicilio principal: Cali

### **MATRÍCULA**

Matrícula No.: 1168494-4  
Fecha de matrícula en esta Cámara: 19 de octubre de 2022  
Último año renovado: 2024  
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2024  
Grupo NIIF: Grupo 2

### **UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: KR 37 A # 5 B2 - 39  
Municipio: Cali - Valle  
Correo electrónico: judicial@clinicapalmira.com  
Teléfono comercial 1: 6022856070  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó

Dirección para notificación judicial: KR 37 A # 5 B2 - 39  
Municipio: Cali - Valle  
Correo electrónico de notificación: judicial@clinicapalmira.com  
Teléfono para notificación 1: 6022856070  
Teléfono para notificación 2: No reportó  
Teléfono para notificación 3: No reportó

La persona jurídica CLINICA PALMIRA S.A. SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

### **CONSTITUCIÓN**

Por Escritura Pública No. 953 del 31 de Julio de 1952, de la Notaria Segunda de Palmira, inscrito en la Cámara de Comercio el 12 de agosto de 1952, con el No. 1297 del Libro IX, Se constituyó CLINICA PALMIRA LIMITADA.

### **REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 2010 del 27 de mayo de 2022 Notaria Segunda de Palmira, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de octubre de 2022 con el No. 19004 del Libro IX, la Sociedad cambió su domicilio de Palmira a Cali .

LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA ANTES DEL 19 DE OCTUBRE DE 2022, FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL CAMBIO DE DOMICILIO EN ESTA CÁMARA, CORRESPONDE A LA REGISTRADA EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA.

Por Escritura Publica No. 510 del 20 de abril de 1960 de la Notaria Segunda de Palmira, inscrito en la Cámara de Comercio el 25 de abril de 1960, con el No. 2568 del Libro IX, se transformó de SOCIEDAD LIMITADA en SOCIEDAD ANONIMA bajo el nombre de CLINICA PALMIRA S A.

### **ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Embargo o medida cautelar: Por Oficio No. 0025 del 16 de febrero de 2021 del Juzgado Cuarto Civil Del Circuito de Cali, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de febrero de 2021, con el No. 11389 del Libro VIII, se decretó Demanda civil.- Demandante: Carlos Alberto García Nagles y otros.- Proceso: Verbal de responsabilidad civil extracontractual.

### **TERMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 26 de enero de 2044.

### **OBJETO SOCIAL**

El objeto de la sociedad es promover y prestar servicios integrados de salud en todos los campos de la medicina, la adquisición de suministros, venta explotación y distribución de toda clase de artículos médicos farmacológicos aparatos e instrumentos relacionados con la prestación del servicio de salud, la representación comercial de

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

productos nacionales o extranjeros destinados a la medicina la creación manejo dirección y asesoría de empresas propias o ajenas que tengan el mismo o similar objeto social. Igualmente podrá prestar un servicio integral de medicina laboral en consulta externa, ayudas diagnósticas, tratamiento y rehabilitación, asesoría en sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, consultoría de planes de riesgo laboral y medicina del trabajo determinación de conceptos clínicos y técnicos para la declaración de condiciones de discapacidad. Realizar educación capacitación, investigación en el área técnica e investigación de accidentes laborales Y enfermedades profesionales. En el desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: realizar toda clase de actos o contratos que sean necesarios para cumplir su objeto social, dar o recibir dinero mutuo a criterio de la Junta Directiva dar en garantía sus obligaciones bienes muebles o inmuebles de la sociedad, girar, endosar, aceptar, cobrar, procesar, cancelar, títulos valores, bonos, documentos de deber y otros efectivos o similar o comercial. Importar o exportar bienes y servicios, celebrar los contratos de prestación de servicios médicos-asistenciales, industriales o colectivos que sean necesarios. Obtener y explotar concesiones, privilegios y patentes de inversión que tengan relación con las actividades médicas en general. Adquirir a cualquier título y enajenar en cualquier forma bienes raíces, construcciones, instalaciones de inmuebles necesarios o convenientes al desarrollo de su objeto social. Tomar o dar en arriendo bienes raíces o muebles. Suscribir acciones de capital, transformarse, incorporarse, fusionarse u otras sociedades que tengan por objeto actividades similares o complementarias. Celebrar contratos de cuenta corriente con establecimientos financieros y en general. Realizar otro negocio de crédito estimado a facilitar la marcha de la compañía. Celebrar todos los actos contratos y operaciones que tengan relación directa con su objeto social.

**CAPITAL**

	<b>*CAPITAL SUSCRITO*</b>
Valor:	\$3,640,505,600
No. de acciones:	9,101,264
Valor nominal:	\$400

	<b>*CAPITAL PAGADO*</b>
Valor:	\$3,640,505,600
No. de acciones:	9,101,264
Valor nominal:	\$400

	<b>*CAPITAL AUTORIZADO*</b>
Valor:	\$6.000.000.000
No. de acciones:	15.000.000
VALOR NOMINAL:	\$400

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

### **REPRESENTACIÓN LEGAL**

El gerente es el representante legal de la sociedad en juicio y fuera de juicio, es el administrador de su patrimonio y quien la represente en todos sus actos públicos y privados, ante cualquier autoridad judicial, administrativa o ante particulares. Le corresponde el gobierno y la administración directa de la misma, como gestor y ejecutor de los negocios y actividades sociales, con las limitaciones establecidas en los estatutos. Todos los funcionarios o empleados cuyos nombramientos no correspondan a la Asamblea General de accionistas serán designados por él y estarán subordinados al mismo.

El cargo de gerente es compatible con el de miembro principal o suplente de la Junta Directiva. El subgerente administrativo de la sociedad, en virtud de ese cargo, tiene también la calidad de representante legal suplente en las faltas absolutas o temporales o accidentales del gerente, así como también para los actos en los cuales este se encuentre impedido. El suplente requerirá autorización del órgano social competente para los mismos eventos en que dicha autorización la requiera el gerente. El subgerente administrativo podrá ser removido en cualquier momento. Se entenderá por falta absoluta de un gerente, su muerte o renuncia y, en tales casos el suplente actuara como tal solo mientras es nombrado nuevo gerente.

### **FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

En desarrollo de lo estipulado en los estatutos y en los artículos 99 y 196 del código de comercio son funciones y facultades del gerente de la compañía las siguientes: A) Administrar la clínica y la sociedad en general y hacer uso de la denominación social; B) Ejecutar los decretos de la Asamblea General de accionistas y los acuerdos y resoluciones de la Junta Directiva; C) Designar o autorizar el nombramiento y remover libremente los empleados de la compañía que no dependen directamente de la Asamblea General de accionistas y escoger, también libremente, al personal de trabajadores, determinar su número, fijar el género de labores, remuneraciones y velar por la aplicación de las normas del reglamento interno de trabajo incluso hacer los despidos del caso; D) Constituir o designar a los apoderados judiciales y extrajudiciales que requiera o juzgue necesarios para la adecuada representación de la sociedad, delegándoles las facultades convenientes, de aquellas que el mismo goza; E) Representar o delegar la representación legal en la intervención de audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, así como para intervenir y efectuar las actuaciones necesarias ante órganos oficiales ( de cualquiera de las ramas del poder público), en audiencias dentro del trámite de licitaciones y adjudicaciones de contratos o de invitaciones públicas, o para defender los intereses de la sociedad. F) Ejecutar todos los actos y celebrar los contratos que tiendan al desarrollo del objeto social o estén dentro de ese marco que no estén dentro de los que requieren la previa autorización de la Junta Directiva y con las limitaciones establecidas en los estatutos. En ejercicio de esta facultad el gerente podrá celebrar sin límite de cuantía los actos y contratos correspondientes o tendientes a la promoción y venta de los servicios que presta la sociedad; podrá celebrar contratos de crédito o empréstito por pasiva o activa, es decir dar o recibir en mutuo cantidades de dinero en cuantía inferior a Cien (100)



Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

Salarios Mínimos Legales Vigentes al momento de la respectiva operación, e igualmente podrá celebrar cualquier otra clase de contratos con cualquier entidad o persona de derecho público o privado, ya sean o no entidades vigiladas por cualquier entidad oficial, del orden nacional, departamental o municipal, con entidades sin ánimo de lucro, asociaciones, instituciones de cualquier naturaleza, ya sean o no del sector salud oficial y/o particular, hacer depósitos y contratos bancarios, fiduciarios, etc.; celebrar acuerdos de pago con acreedores o deudores, convenir y participar en consorcios y uniones temporales; firmar y negociar toda clase de títulos valores, así como disponer de esta clase de instrumentos, firmarlos, aceptarlos, protestarlos, endosarlos, pagarlos, descargarlos, tenerlos, etc.; celebrar compra venta o cualquier otro negocio jurídico sobre bienes mueble o de cualquier otro bien, salvo las limitaciones establecidas en los estatutos y cuando requiera autorización de la Junta Directiva, comparecer en los juicios en que se discuta la propiedad de los bienes sociales o cualquier derecho de la compañía; transigir, comprometer, desistir, novar, recibir e interponer acciones y recursos de cualquier género de todos los negocios o asuntos de cualquier índole que tenga pendiente la compañía; representar a la sociedad ante cualquier clase de funcionarios, tribunales, autoridades, personas Jurídicas o naturales; y, en general actuar en la dirección de la empresa social; F) Convocar a la Asamblea General de accionistas y a la Junta Directiva de la compañía a sesiones extraordinarias, cada vez que lo juzgue conveniente o necesario, o en el caso de la Asamblea General, cuando se lo solicite un número de accionistas que represente por lo menos el veinticinco por ciento (25%) de las acciones suscritas; G) Presentar a la Asamblea General de accionistas en sus sesiones ordinarias, en asocio con la Junta Directiva, el balance de cada ejercicio, y un informe escrito sobre la forma como hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende a la Asamblea. H) Informar a la Junta Directiva, acerca del desarrollo de los negocios y demás actividades sociales, someterle prospectos para el mejoramiento de las empresas que explote la compañía y facilitar a dicho órgano directivo el estudio de cualquier problema, proporcionándole los datos que requiera; I) Apremiar a los empleados y demás servidores de la compañía a que cumplan los deberes de su cargo, y vigilar continuamente la marcha de la empresa, especialmente su contabilidad y documentos; J) presentar a consideración de la Junta Directiva el presupuesto y proyecto de trabajo para cada año calendario durante la segunda (2da) quincena del mes de noviembre; K) Cumplir y propender porque se cumpla el código del buen gobierno corporativo de la compañía; L) Presentar a la Junta Directiva anualmente un informe sobre la marcha de la compañía, sobre las innovaciones que conviene introducir para el mejor servicio de sus intereses, acompañado de cuentas, inventarios y balance general, y un informe sobre el cumplimiento del código de buen gobierno corporativo; y m) Ejercer todas las facultades que directamente delegue en la Asamblea General de accionistas y la Junta Directiva.

## **NOMBRAMIENTOS**

## **REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 508 del 23 de abril de 1998 de la Junta Directiva, inscrito en la Cámara de Comercio el 10 de marzo de 1999, con el No. 133 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
-------	--------	----------------



Camara de Comercio de Cali  
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL  
Fecha expedición: 15/05/2024 09:01:43 am

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

GERENTE FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA C.C.16258259

Por Resolución del 9 de octubre de 2009, inscrito en la Cámara de Comercio el 15 de octubre de 2009, con el No. 2064 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUB GERENTE	ADRIANA TOBAR CALDERON	C.C.66768761

#### JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2023 con el No. 19466 del Libro IX, Se designó a:

PRINCIPALES	IDENTIFICACIÓN
NOMBRE	
ANA MARIA URICOECHEA BEDOYA	C.C.1136881832
GUSTAVO ADOLFO RESTREPO	C.C.3348867
NICHOLLS	

Por Acta No. 161 del 25 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrito en la Cámara de Comercio el 19 de julio de 2021, con el No. 19919 del Libro IX, se designó a:

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2023, con el No. 19466 del Libro IX, se designó a:

#### PRINCIPAL

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ANA MARIA URICOECHEA BEDOYA	C.C.1136881832
GUSTAVO ADOLFO RESTREPO NICHOLLS	C.C.3348867
WILLY PAUL STANGL HERRERA	C.C.16270041
JOSE ARMANDO ESCOBAR SOTO	C.C.19247044
LUCIA RAMOS ANGEL	C.C.29631042

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

**SUPLENTES**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERARDO IGNACIO CABRERA FALLA	C.C.19309779
JOSE ALFREDO SERNA OSPINA	C.C.16633297
FERNANDO JOSE BEDOYA PAREDES	C.C.79984083
MARIO ANDRES LONDOÑO	C.C.94512596
MARIA LILIANA MONTEALEGRE GARRIDO	C.C.31155144

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de enero de 2024 con el No. 390 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	JOSE ABELARDO RINCON BEDOYA	C.C.16625913
PRINCIPAL		T.P.13549-T

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de enero de 2024 con el No. 390 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	RICARDO ADOLFO RIVAS RINCON	C.C.94498217
SUPLENTE		T.P.70431-T

Por Acta No. 162 del 24 de marzo de 2022, de la Asamblea de Accionistas, inscrito en la Cámara de Comercio el 22 de septiembre de 2022, con el No. 22606 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	JOSE ABELARDO RINCON BEDOYA	C.C.16625913
PRINCIPAL		
REVISOR FISCAL	RICARDO ADOLFO RIVAS RINCON	C.C.94498217

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

SUPLENTE

### PODERES

Por Escritura Pública No. 1073 del 20 de abril de 2018 de la Notaria Segunda Del Circulo de PALMIRA, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 09 de mayo de 2018 con el No. 11229 del libro IX, la persona jurídica confirió a CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO identificado con CC. No.1107049580 y JINNETH HERNANDEZ GALINDO identificado con CC. No. 38550445 y GLORIA HELENA HERRERA AVILA identificado con CC. No. 41777945 ejecute los siguientes actos en nombre de la CLÍNICA PALMIRA S.A.: A.) Representar a la CLÍNICA PALMIRA SA. Ante las autoridades judiciales y administrativas y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento, etcétera, bien sea que la clínica sea demandada, demandante, llamada en garantía, litis consorte, coadyuvante o cualquiera otra clase de tercero interviniente. B.) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, incidentes de reparación integral, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisivos de demanda, de llamamientos en garantía o de cualquier clase de vinculación como tercero, proferido por cualquier autoridad administrativa o judicial, sea civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento de cualquier otra naturaleza, para que absuelva interrogatorios de parte con facultades para confesar, para que confiera poderes especiales, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellas de naturaleza civil, laboral, comercial, administrativa, penal, contencioso administrativo y de cualquier otra naturaleza, para que asista a las audiencias de conciliación con facultades expresas para conciliar y transigir, quedado también autorizado para recibir las notificaciones y las citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad, la misma quedara valida y legalmente hecha a través de los apoderados generales designado, así los mismos apoderados quedan facultados para confesar. C.) Que el presente poder general se extiende para que los apoderados representen a la sociedad ante los jueces de todo el territorio nacional y pueda transigir o intervenir en las audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, quedando entendido que los apoderados generales pueden comprometer a la sociedad, facultad que se extiende también a las actuaciones, diligencias y audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación, ministerio de la protección social o procuradores judiciales conforme con la ley. D.) Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que los apoderados judiciales representen a la sociedad en toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional o administrativa, sea pública o privada. E.) Así mismo comprende facultad para designar en nombre de la sociedad los árbitros que se requieran en virtud de los tribunales de arbitramento que se constituyan en desarrollo de cláusulas compromisorias. SEGUNDO.- El presente poder general compromete también la facultad expresa para que los

Fecha expedición: 15/05/2024 09:01:43 am

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

apoderados generales CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO, JINNETH HERNANDEZ GALINDO, GLORIA HELENAHERRERA AVILA, puedan desistir, conciliar, transigir y recibir, para sustituir el presente poder mediante memorial al tenor de lo previsto en el artículo 75 del código general del proceso o las nomas que las sustituyan, modifiquen, complementen o adicionen, para dar poder a otros abogados para que representen a la CLINICA PALMIRA S.A., En general para nombrar apoderados especiales que representen a la compañía y reasumir el presente mandato.

Por Escritura Pública No. 1073 del 20 de abril de 2018 de la Notaria Segunda Del Circulo de PALMIRA, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 09 de mayo de 2018 con el No. 11229 del libro IX, la persona jurídica confirió a CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO identificado con CC. No.1107049580 y JINNETH HERNANDEZ GALINDO identificado con CC. No. 38550445 y GLORIA HELENA HERRERA AVILA identificado con CC. No. 41777945 ejecute los siguientes actos en nombre de la CLÍNICA PALMIRA S.A.: A.) Representar a la CLÍNICA PALMIRA SA. Ante las autoridades judiciales y administrativas y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento, etcétera, bien sea que la clínica sea demandada, demandante, llamada en garantía, litis consorte, coadyuvante o cualquiera otra clase de tercero interviniente. B.) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, incidentes de reparación integral, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisorios de demanda, de llamamientos en garantía o de cualquier clase de vinculación como tercero, proferido por cualquier autoridad administrativa o judicial, sea civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento de cualquier otra naturaleza, para que absuelva interrogatorios de parte con facultades para confesar, para que confiera poderes especiales, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellas de naturaleza civil, laboral, comercial, administrativa, penal, contencioso administrativo y de cualquier otra naturaleza, para que asista a las audiencias de conciliación con facultades expresas para conciliar y transigir, quedado también autorizado para recibir las notificaciones y las citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad, la misma quedara valida y legalmente hecha a través de los apoderados generales designado, así los mismos apoderados quedan facultados para confesar. C.) Que el presente poder general se extiende para que los apoderados representen a la sociedad ante los jueces de todo el territorio nacional y pueda transigir o intervenir en las audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, quedando entendido que los apoderados generales pueden comprometer a la sociedad, facultad que se extiende también a las actuaciones, diligencias y audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación, ministerio de la protección social o procuradores judiciales conforme con la ley. D.) Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que los apoderados judiciales representen a la sociedad en toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional o administrativa, sea pública o privada. E.) Así mismo comprende facultad para designar en nombre de la sociedad los árbitros que se requieran en virtud de los tribunales de arbitramento que se constituyan en desarrollo de cláusulas compromisorias. SEGUNDO.- El presente poder general compromete también la facultad expresa para que los apoderados generales CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO, JINNETH HERNANDEZ GALINDO, GLORIA

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

HELENAHERRERA AVILA, puedan desistir, conciliar, transigir y recibir, para sustituir el presente poder mediante memorial al tenor de lo previsto en el artículo 75 del código general del proceso o las nomas que las sustituyan, modifiquen, complementen o adicionen, para dar poder a otros abogados para que representen a la CLINICA PALMIRA S.A., En general para nombrar apoderados especiales que representen a la compañía y reasumir el presente mandato.

### **REFORMAS DE ESTATUTOS**

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO

INSCRIPCIÓN

E.P. 2010 del 27/05/2022 de Notaria Segunda de Palmira 19004 de 19/10/2022 Libro IX

### **RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

### **CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 8610

### **TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo provisto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es: GRANDE

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

Ingresos por actividad ordinaria \$54,557,202,164

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:8610

\*\*\*\*\*

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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.



**Ana M. Lengua B.**

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

### **NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: CLINICA PALMIRA S.A.  
Nit.: 891300047-6  
Domicilio principal: Cali

### **MATRÍCULA**

Matrícula No.: 1168494-4  
Fecha de matrícula en esta Cámara: 19 de octubre de 2022  
Último año renovado: 2024  
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2024  
Grupo NIIF: Grupo 2

### **UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: KR 37 A # 5 B2 - 39  
Municipio: Cali - Valle  
Correo electrónico: judicial@clinicapalmira.com  
Teléfono comercial 1: 6022856070  
Teléfono comercial 2: No reportó  
Teléfono comercial 3: No reportó

Dirección para notificación judicial: KR 37 A # 5 B2 - 39  
Municipio: Cali - Valle  
Correo electrónico de notificación: judicial@clinicapalmira.com  
Teléfono para notificación 1: 6022856070  
Teléfono para notificación 2: No reportó  
Teléfono para notificación 3: No reportó

La persona jurídica CLINICA PALMIRA S.A. SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

### **CONSTITUCIÓN**

Por Escritura Pública No. 953 del 31 de Julio de 1952, de la Notaria Segunda de Palmira, inscrito en la Cámara de Comercio el 12 de agosto de 1952, con el No. 1297 del Libro IX, Se constituyó CLINICA PALMIRA LIMITADA.

### **REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 2010 del 27 de mayo de 2022 Notaria Segunda de Palmira, inscrito en esta Cámara de Comercio el 19 de octubre de 2022 con el No. 19004 del Libro IX, la Sociedad cambió su domicilio de Palmira a Cali .

LA INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA ANTES DEL 19 DE OCTUBRE DE 2022, FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL CAMBIO DE DOMICILIO EN ESTA CÁMARA, CORRESPONDE A LA REGISTRADA EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA.

Por Escritura Publica No. 510 del 20 de abril de 1960 de la Notaria Segunda de Palmira, inscrito en la Cámara de Comercio el 25 de abril de 1960, con el No. 2568 del Libro IX, se transformó de SOCIEDAD LIMITADA en SOCIEDAD ANONIMA bajo el nombre de CLINICA PALMIRA S A.

### **ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Embargo o medida cautelar: Por Oficio No. 0025 del 16 de febrero de 2021 del Juzgado Cuarto Civil Del Circuito de Cali, inscrito en esta Cámara de Comercio el 23 de febrero de 2021, con el No. 11389 del Libro VIII, se decretó Demanda civil.- Demandante: Carlos Alberto García Nagles y otros.- Proceso: Verbal de responsabilidad civil extracontractual.

### **TERMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 26 de enero de 2044.

### **OBJETO SOCIAL**

El objeto de la sociedad es promover y prestar servicios integrados de salud en todos los campos de la medicina, la adquisición de suministros, venta explotación y distribución de toda clase de artículos médicos farmacológicos aparatos e instrumentos relacionados con la prestación del servicio de salud, la representación comercial de

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

productos nacionales o extranjeros destinados a la medicina la creación manejo dirección y asesoría de empresas propias o ajenas que tengan el mismo o similar objeto social. Igualmente podrá prestar un servicio integral de medicina laboral en consulta externa, ayudas diagnósticas, tratamiento y rehabilitación, asesoría en sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, consultoría de planes de riesgo laboral y medicina del trabajo determinación de conceptos clínicos y técnicos para la declaración de condiciones de discapacidad. Realizar educación capacitación, investigación en el área técnica e investigación de accidentes laborales Y enfermedades profesionales. En el desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: realizar toda clase de actos o contratos que sean necesarios para cumplir su objeto social, dar o recibir dinero mutuo a criterio de la Junta Directiva dar en garantía sus obligaciones bienes muebles o inmuebles de la sociedad, girar, endosar, aceptar, cobrar, procesar, cancelar, títulos valores, bonos, documentos de deber y otros efectivos o similar o comercial. Importar o exportar bienes y servicios, celebrar los contratos de prestación de servicios médicos-asistenciales, industriales o colectivos que sean necesarios. Obtener y explotar concesiones, privilegios y patentes de inversión que tengan relación con las actividades médicas en general. Adquirir a cualquier título y enajenar en cualquier forma bienes raíces, construcciones, instalaciones de inmuebles necesarios o convenientes al desarrollo de su objeto social. Tomar o dar en arriendo bienes raíces o muebles. Suscribir acciones de capital, transformarse, incorporarse, fusionarse u otras sociedades que tengan por objeto actividades similares o complementarias. Celebrar contratos de cuenta corriente con establecimientos financieros y en general. Realizar otro negocio de crédito estimado a facilitar la marcha de la compañía. Celebrar todos los actos contratos y operaciones que tengan relación directa con su objeto social.

**CAPITAL**

	<b>*CAPITAL SUSCRITO*</b>
Valor:	\$3,640,505,600
No. de acciones:	9,101,264
Valor nominal:	\$400

	<b>*CAPITAL PAGADO*</b>
Valor:	\$3,640,505,600
No. de acciones:	9,101,264
Valor nominal:	\$400

	<b>*CAPITAL AUTORIZADO*</b>
Valor:	\$6.000.000.000
No. de acciones:	15.000.000
VALOR NOMINAL:	\$400

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

### **REPRESENTACIÓN LEGAL**

El gerente es el representante legal de la sociedad en juicio y fuera de juicio, es el administrador de su patrimonio y quien la represente en todos sus actos públicos y privados, ante cualquier autoridad judicial, administrativa o ante particulares. Le corresponde el gobierno y la administración directa de la misma, como gestor y ejecutor de los negocios y actividades sociales, con las limitaciones establecidas en los estatutos. Todos los funcionarios o empleados cuyos nombramientos no correspondan a la Asamblea General de accionistas serán designados por él y estarán subordinados al mismo.

El cargo de gerente es compatible con el de miembro principal o suplente de la Junta Directiva. El subgerente administrativo de la sociedad, en virtud de ese cargo, tiene también la calidad de representante legal suplente en las faltas absolutas o temporales o accidentales del gerente, así como también para los actos en los cuales este se encuentre impedido. El suplente requerirá autorización del órgano social competente para los mismos eventos en que dicha autorización la requiera el gerente. El subgerente administrativo podrá ser removido en cualquier momento. Se entenderá por falta absoluta de un gerente, su muerte o renuncia y, en tales casos el suplente actuara como tal solo mientras es nombrado nuevo gerente.

### **FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

En desarrollo de lo estipulado en los estatutos y en los artículos 99 y 196 del código de comercio son funciones y facultades del gerente de la compañía las siguientes: A) Administrar la clínica y la sociedad en general y hacer uso de la denominación social; B) Ejecutar los decretos de la Asamblea General de accionistas y los acuerdos y resoluciones de la Junta Directiva; C) Designar o autorizar el nombramiento y remover libremente los empleados de la compañía que no dependen directamente de la Asamblea General de accionistas y escoger, también libremente, al personal de trabajadores, determinar su número, fijar el género de labores, remuneraciones y velar por la aplicación de las normas del reglamento interno de trabajo incluso hacer los despidos del caso; D) Constituir o designar a los apoderados judiciales y extrajudiciales que requiera o juzgue necesarios para la adecuada representación de la sociedad, delegándoles las facultades convenientes, de aquellas que el mismo goza; E) Representar o delegar la representación legal en la intervención de audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, así como para intervenir y efectuar las actuaciones necesarias ante órganos oficiales ( de cualquiera de las ramas del poder público), en audiencias dentro del trámite de licitaciones y adjudicaciones de contratos o de invitaciones públicas, o para defender los intereses de la sociedad. F) Ejecutar todos los actos y celebrar los contratos que tiendan al desarrollo del objeto social o estén dentro de ese marco que no estén dentro de los que requieren la previa autorización de la Junta Directiva y con las limitaciones establecidas en los estatutos. En ejercicio de esta facultad el gerente podrá celebrar sin límite de cuantía los actos y contratos correspondientes o tendientes a la promoción y venta de los servicios que presta la sociedad; podrá celebrar contratos de crédito o empréstito por pasiva o activa, es decir dar o recibir en mutuo cantidades de dinero en cuantía inferior a Cien (100)

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

Salarios Mínimos Legales Vigentes al momento de la respectiva operación, e igualmente podrá celebrar cualquier otra clase de contratos con cualquier entidad o persona de derecho público o privado, ya sean o no entidades vigiladas por cualquier entidad oficial, del orden nacional, departamental o municipal, con entidades sin ánimo de lucro, asociaciones, instituciones de cualquier naturaleza, ya sean o no del sector salud oficial y/o particular, hacer depósitos y contratos bancarios, fiduciarios, etc.; celebrar acuerdos de pago con acreedores o deudores, convenir y participar en consorcios y uniones temporales; firmar y negociar toda clase de títulos valores, así como disponer de esta clase de instrumentos, firmarlos, aceptarlos, protestarlos, endosarlos, pagarlos, descargarlos, tenerlos, etc.; celebrar compra venta o cualquier otro negocio jurídico sobre bienes mueble o de cualquier otro bien, salvo las limitaciones establecidas en los estatutos y cuando requiera autorización de la Junta Directiva, comparecer en los juicios en que se discuta la propiedad de los bienes sociales o cualquier derecho de la compañía; transigir, comprometer, desistir, novar, recibir e interponer acciones y recursos de cualquier género de todos los negocios o asuntos de cualquier índole que tenga pendiente la compañía; representar a la sociedad ante cualquier clase de funcionarios, tribunales, autoridades, personas Jurídicas o naturales; y, en general actuar en la dirección de la empresa social; F) Convocar a la Asamblea General de accionistas y a la Junta Directiva de la compañía a sesiones extraordinarias, cada vez que lo juzgue conveniente o necesario, o en el caso de la Asamblea General, cuando se lo solicite un número de accionistas que represente por lo menos el veinticinco por ciento (25%) de las acciones suscritas; G) Presentar a la Asamblea General de accionistas en sus sesiones ordinarias, en asocio con la Junta Directiva, el balance de cada ejercicio, y un informe escrito sobre la forma como hubiere llevado a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomiende a la Asamblea. H) Informar a la Junta Directiva, acerca del desarrollo de los negocios y demás actividades sociales, someterle prospectos para el mejoramiento de las empresas que explote la compañía y facilitar a dicho órgano directivo el estudio de cualquier problema, proporcionándole los datos que requiera; I) Apremiar a los empleados y demás servidores de la compañía a que cumplan los deberes de su cargo, y vigilar continuamente la marcha de la empresa, especialmente su contabilidad y documentos; J) presentar a consideración de la Junta Directiva el presupuesto y proyecto de trabajo para cada año calendario durante la segunda (2da) quincena del mes de noviembre; K) Cumplir y propender porque se cumpla el código del buen gobierno corporativo de la compañía; L) Presentar a la Junta Directiva anualmente un informe sobre la marcha de la compañía, sobre las innovaciones que conviene introducir para el mejor servicio de sus intereses, acompañado de cuentas, inventarios y balance general, y un informe sobre el cumplimiento del código de buen gobierno corporativo; y m) Ejercer todas las facultades que directamente delegue en la Asamblea General de accionistas y la Junta Directiva.

## **NOMBRAMIENTOS**

## **REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 508 del 23 de abril de 1998 de la Junta Directiva, inscrito en la Cámara de Comercio el 10 de marzo de 1999, con el No. 133 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
-------	--------	----------------



Camara de Comercio de Cali  
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL  
Fecha expedición: 15/05/2024 09:01:43 am

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

GERENTE FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA C.C.16258259

Por Resolución del 9 de octubre de 2009, inscrito en la Cámara de Comercio el 15 de octubre de 2009, con el No. 2064 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUB GERENTE	ADRIANA TOBAR CALDERON	C.C.66768761

#### JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2023 con el No. 19466 del Libro IX, Se designó a:

PRINCIPALES	IDENTIFICACIÓN
NOMBRE	
ANA MARIA URICOECHEA BEDOYA	C.C.1136881832
GUSTAVO ADOLFO RESTREPO	C.C.3348867
NICHOLLS	

Por Acta No. 161 del 25 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrito en la Cámara de Comercio el 19 de julio de 2021, con el No. 19919 del Libro IX, se designó a:

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de octubre de 2023, con el No. 19466 del Libro IX, se designó a:

#### PRINCIPAL

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
ANA MARIA URICOECHEA BEDOYA	C.C.1136881832
GUSTAVO ADOLFO RESTREPO NICHOLLS	C.C.3348867
WILLY PAUL STANGL HERRERA	C.C.16270041
JOSE ARMANDO ESCOBAR SOTO	C.C.19247044
LUCIA RAMOS ANGEL	C.C.29631042

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

**SUPLENTE**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERARDO IGNACIO CABRERA FALLA	C.C.19309779
JOSE ALFREDO SERNA OSPINA	C.C.16633297
FERNANDO JOSE BEDOYA PAREDES	C.C.79984083
MARIO ANDRES LONDOÑO	C.C.94512596
MARIA LILIANA MONTEALEGRE GARRIDO	C.C.31155144

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de enero de 2024 con el No. 390 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	JOSE ABELARDO RINCON BEDOYA	C.C.16625913
PRINCIPAL		T.P.13549-T

Por Acta No. 163 del 22 de marzo de 2023, de Asamblea General De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de enero de 2024 con el No. 390 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	RICARDO ADOLFO RIVAS RINCON	C.C.94498217
SUPLENTE		T.P.70431-T

Por Acta No. 162 del 24 de marzo de 2022, de la Asamblea de Accionistas, inscrito en la Cámara de Comercio el 22 de septiembre de 2022, con el No. 22606 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	JOSE ABELARDO RINCON BEDOYA	C.C.16625913
PRINCIPAL		
REVISOR FISCAL	RICARDO ADOLFO RIVAS RINCON	C.C.94498217

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

SUPLENTE

### PODERES

Por Escritura Pública No. 1073 del 20 de abril de 2018 de la Notaria Segunda Del Circulo de PALMIRA, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 09 de mayo de 2018 con el No. 11229 del libro IX, la persona jurídica confirió a CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO identificado con CC. No.1107049580 y JINNETH HERNANDEZ GALINDO identificado con CC. No. 38550445 y GLORIA HELENA HERRERAAVILA identificado con CC. No. 41777945ejecute los siguientes actos en nombre de la CLÍNICA PALMIRA S.A.: A.) Representar a la CLÍNICA PALMIRA SA. Ante las autoridades judiciales y administrativas y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento, etcétera, bien sea que la clínica sea demandada, demandante, llamada en garantía, litis consorte, coadyuvante o cualquiera otra clase de tercero interviniente. B.) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, incidentes de reparación integral, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisivos de demanda, de llamamientos en garantía o de cualquier clase de vinculación como tercero, proferido por cualquier autoridad administrativa o judicial, sea civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento de cualquier otra naturaleza, para que absuelva interrogatorios de parte con facultades para confesar, para que confiera poderes especiales, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellas de naturaleza civil, laboral, comercial, administrativa, penal, contencioso administrativo y de cualquier otra naturaleza, para que asista a las audiencias de conciliación con facultades expresas para conciliar y transigir, quedado también autorizado para recibir las notificaciones y las citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad, la misma quedara valida y legalmente hecha a través de los apoderados generales designado, así los mismos apoderados quedan facultados para confesar. C.) Que el presente poder general se extiende para que los apoderados representen a la sociedad ante los jueces de todo el territorio nacional y pueda transigir o intervenir en las audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, quedando entendido que los apoderados generales pueden comprometer a la sociedad, facultad que se extiende también a las actuaciones, diligencias y audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación, ministerio de la protección social o procuradores judiciales conforme con la ley. D.) Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que los apoderados judiciales representen a la sociedad en toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional o administrativa, sea pública o privada. E.) Así mismo comprende facultad para designar en nombre de la sociedad los árbitros que se requieran en virtud de los tribunales de arbitramento que se constituyan en desarrollo de cláusulas compromisorias. SEGUNDO.- El presente poder general compromete también la facultad expresa para que los



Fecha expedición: 15/05/2024 09:01:43 am

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

apoderados generales CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO, JINNETH HERNANDEZ GALINDO, GLORIA HELENAHERRERA AVILA, puedan desistir, conciliar, transigir y recibir, para sustituir el presente poder mediante memorial al tenor de lo previsto en el artículo 75 del código general del proceso o las nomas que las sustituyan, modifiquen, complementen o adicionen, para dar poder a otros abogados para que representen a la CLINICA PALMIRA S.A., En general para nombrar apoderados especiales que representen a la compañía y reasumir el presente mandato.

Por Escritura Pública No. 1073 del 20 de abril de 2018 de la Notaria Segunda Del Circulo de PALMIRA, registrado/a en esta Cámara de Comercio el 09 de mayo de 2018 con el No. 11229 del libro IX, la persona jurídica confirió a CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO identificado con CC. No.1107049580 y JINNETH HERNANDEZ GALINDO identificado con CC. No. 38550445 y GLORIA HELENA HERRERA AVILA identificado con CC. No. 41777945 ejecute los siguientes actos en nombre de la CLÍNICA PALMIRA S.A.: A.) Representar a la CLÍNICA PALMIRA SA. Ante las autoridades judiciales y administrativas y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento, etcétera, bien sea que la clínica sea demandada, demandante, llamada en garantía, litis consorte, coadyuvante o cualquiera otra clase de tercero interviniente. B.) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, incidentes de reparación integral, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisorios de demanda, de llamamientos en garantía o de cualquier clase de vinculación como tercero, proferido por cualquier autoridad administrativa o judicial, sea civil, comercial, penal, laboral, penal aduanero, contencioso administrativo, tribunales de arbitramento de cualquier otra naturaleza, para que absuelva interrogatorios de parte con facultades para confesar, para que confiera poderes especiales, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellas de naturaleza civil, laboral, comercial, administrativa, penal, contencioso administrativo y de cualquier otra naturaleza, para que asista a las audiencias de conciliación con facultades expresas para conciliar y transigir, quedado también autorizado para recibir las notificaciones y las citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad, la misma quedara valida y legalmente hecha a través de los apoderados generales designado, así los mismos apoderados quedan facultados para confesar. C.) Que el presente poder general se extiende para que los apoderados representen a la sociedad ante los jueces de todo el territorio nacional y pueda transigir o intervenir en las audiencias de conciliación judicial y extrajudicial, quedando entendido que los apoderados generales pueden comprometer a la sociedad, facultad que se extiende también a las actuaciones, diligencias y audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación, ministerio de la protección social o procuradores judiciales conforme con la ley. D.) Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que los apoderados judiciales representen a la sociedad en toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional o administrativa, sea pública o privada. E.) Así mismo comprende facultad para designar en nombre de la sociedad los árbitros que se requieran en virtud de los tribunales de arbitramento que se constituyan en desarrollo de cláusulas compromisorias. SEGUNDO.- El presente poder general compromete también la facultad expresa para que los apoderados generales CHRISTIAN ANDRES URIBE OCAMPO, JINNETH HERNANDEZ GALINDO, GLORIA



Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

HELENAHERRERA AVILA, puedan desistir, conciliar, transigir y recibir, para sustituir el presente poder mediante memorial al tenor de lo previsto en el artículo 75 del código general del proceso o las nomas que las sustituyan, modifiquen, complementen o adicionen, para dar poder a otros abogados para que representen a la CLINICA PALMIRA S.A., En general para nombrar apoderados especiales que representen a la compañía y reasumir el presente mandato.

### **REFORMAS DE ESTATUTOS**

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO

INSCRIPCIÓN

E.P. 2010 del 27/05/2022 de Notaria Segunda de Palmira 19004 de 19/10/2022 Libro IX

### **RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

### **CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 8610

### **TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo provisto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es: GRANDE

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Recibo No. 9493515, Valor: \$7.900

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 0824HZOCQS**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccc.org.co](http://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.

Ingresos por actividad ordinaria \$54,557,202,164

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:8610

\*\*\*\*\*

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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.



**Ana M. Lengua B.**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

**CONTRATANTE:** EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A

**NIT:** 805.001.157-2

**CONTRATISTA:** CLINICA PALMIRA S.A

**NIT:** 891.300.047-6

**FECHA DE INICIO:** PRIMERO (1) DE FEBRERO DEL AÑO DOS MIL TRECE (2013)

**FECHA DE TERMINACIÓN:** PRIMERO (1) DE FEBRERO DE DOS MIL CATORCE (2014)

**NUMERO DEL CONTRATO:** 1343

Entre los suscritos a saber, **ADRIANA MARIA GARCIA ARCE**, mayor de edad y vecina de la ciudad de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.864.757 de Cali, actuando como Segundo Suplente del Gerente General de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. "EPS SOS S.A."**, Empresa legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No. 0692 de 21 de Septiembre de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud, identificada con el Nit. 805001157-2 y con domicilio principal en la ciudad de Cali, que para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **EL CONTRATANTE**, de una parte y **FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA** mayor de edad, vecina de la ciudad de Palmira, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.258.259 de Palmira (Valle), quien obra en nombre y representación de **CLINICA PALMIRA S.A**, entidad constituida mediante escritura pública 510 del 20 de Abril de 1960 de la Notaria Segunda del Circulo notarial de Palmira, con domicilio principal en la ciudad de Palmira (Valle), identificada con el NIT 891300047-6, que para efectos de este contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, de otra parte, acuerdan celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Asistenciales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Contributivo y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), todos bajo la modalidad de **EVENTO**, regido por las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas se aplicaran las normas correspondientes.

**PRIMERA: OBJETO.-** El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios asistenciales de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo vigente al momento de la prestación de servicios y también aquellos servicios que ofrece **EL CONTRATANTE** a los afiliados a planes voluntarios de salud en este caso al Plan complementario de salud de la EPS SOS SA (PAC), a todos los afiliados y beneficiarios que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, atención que se prestará con la debida diligencia y cuidado que se acostumbra en el ejercicio de sus actividades profesionales, en forma independiente, autónoma y bajo su propia cuenta y riesgo, en las sedes de **EL CONTRATISTA** ubicada en el municipio de Palmira (Valle).

**PARÁGRAFO:** Los servicios que deberá prestar **EL CONTRATISTA** bajo el presente contrato serán únicamente aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos identificados en el **Anexo No. 2 - PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS** para el plan obligatorio de Salud y en el anexo No. 2 para los afiliados al Plan Complementario de Salud PAC- servicios que se encuentren debidamente habilitados por **EL CONTRATISTA** conforme al formato de declaración de habilitación y/o certificado de habilitación presentado ante la autoridad competente, que consta en el **Anexo No. 1 FORMULARIO DE HABILITACION Y/O CERTIFICACION DE HABILITACION** que hace parte integral de este contrato y que se encuentre vigente para el momento de la

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

prestación del servicio, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, así como con las normas que lo reglamenten modifiquen o adicionen y por ende que esté inscrito en el Registro de Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda.

**SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.-** EL CONTRATISTA se compromete a cumplir las siguientes obligaciones especiales, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas aquellas que le impongan las disposiciones legales y éticas, relacionadas con la prestación de los servicios objeto del presente contrato:

1. Prestar los servicios especificados en el presente contrato o sus anexos que se encuentren habilitados al momento de la prestación del servicio a todos los afiliados y beneficiarios de **EL CONTRATANTE** que presenten autorización vigente expedida por **EL CONTRATANTE**, cumpliendo los estándares de calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y lo, establecido en el **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR**.
2. Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos: **A)** Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados, **B)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, **C)** Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única.
3. En razón de la naturaleza de los servicios prestados **EL CONTRATISTA** se obliga dentro del marco que imponen las normas legales a cumplir con aquellas que fijan las condiciones sanitarias, a tener implementado el Sistema de Quejas y Reclamos, las que reglamentan la libre y leal competencia, el régimen de referencia y contrarreferencia, al nombramiento posesión e inscripción de Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud (a menos que **EL CONTRATISTA** demuestre que legalmente no está obligado) para lo cual aportará la respectiva Acta de Posesión ante la SNS, al pago de la Tasa de Contribución a la Superintendencia Nacional de Salud, al reporte de la información a la Supersalud, así como el cumplimiento de las demás condiciones como IPS establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Única y sus normas reglamentarias, a cumplir permanentemente con los requisitos de habilitación establecidos en el Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007 y demás normas que las completen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento durante toda la vigencia del mismo;
4. Prestar los servicios de salud objeto del presente contrato, a través de profesionales de salud idóneos y debidamente autorizados para ejercer los servicios contratados, por parte de la autoridad competente;
5. Poner a disposición de la población amparada de forma permanente y continua todos los recursos científicos, tecnológicos, humanos, insumos y demás, que garanticen el acceso a los servicios de salud conforme al nivel de atención requerido, con el fin de proporcionar una adecuada atención al usuario;
6. Verificar la calidad de afiliado que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por **EL CONTRATANTE**, para lo cual deberá exigir el documento de identidad.
7. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule **EL CONTRATANTE** en el desarrollo y ejecución del objeto del presente contrato, entre los cuales se encuentran: **a)** **EL CONTRATISTA**, suministrará los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), acorde con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000. **b)** Suministrar los informes definidos en la Circular Única 049 de 2008 con la periodicidad allí establecida. **c)** Suministrar información estadística e informes de obligatorio reporte que **EL CONTRATANTE** requiera en la forma y periodicidad previamente acordada entre las partes. **d)**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

Suministrar mensualmente a **EL CONTRATANTE**, los indicadores de seguimiento de riesgo y de calidad e) **EL CONTRATISTA**, presentará con una periodicidad mensual, el informe de actividades de detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades de interés en salud pública y el consolidado de actividades educativas según formato **ANEXO No. 4 (Formato reporte Enos y Centinelas – Decreto 3518 de 2006)** suministrado por **EL CONTRATANTE**, f) Informar mensualmente a **EL CONTRATANTE** sobre los eventos de interés de la Vigilancia en Salud Pública, de conformidad con lo estipulado en el Decreto 3518 de 2006; y el Plan Nacional de Salud Pública vigente para el cuatrienio. Así como la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos centinelas que se presenten entre los usuarios afiliados (cotizantes o beneficiarios) de **EL CONTRATANTE** de acuerdo a lo previsto en la Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de la Protección Social; 8. Informar a **EL CONTRATANTE** todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios, cuando estos sean identificados; 9. Cumplir permanentemente con las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mejoramiento de la calidad y el componente de Auditoría Médica, de conformidad a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1446 de 2006, la Resolución 2680 de 2007 y la Circular Única 049 de 2008, y demás normas que las complementen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento; 10. Informar a **EL CONTRATANTE** sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su atención, y enviar copia del Certificado de Defunción debidamente diligenciado, junto con la facturación de los servicios prestados. **PARÁGRAFO:** La información de fallecidos será reportada a la **EPS SOS S.A** o en su defecto, directamente a la jefatura de Epidemiología y Salud Pública dentro del término de presentación de la facturación que tenga estipulado el prestador. 11. Cumplir con lo previsto para las Historias Clínicas en la Ley 23 de 1981, Resolución 1715 de 2005 modificada por la Resolución 058 de 2007 y demás normas concordantes. Deberá efectuar el registro obligatorio de todo cuanto competa a la atención del servicio de salud. En caso de sistematización de la misma, se debe garantizar su inalterabilidad. Deberá conservar la historia clínica por un período mínimo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención; mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo quince (15) años en el archivo central. 12. Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, cumpliendo con los parámetros establecidos en la Ley, Decretos, Jurisprudencia y demás, de acuerdo a la actividad médica; 13. Cumplir cabalmente con el proceso y procedimiento que hace parte integral del presente contrato, establecido para la remisión de los afiliados que ingresen por su institución, hacia cualquiera de las IPS que conforman la red de prestadores de **EL CONTRATANTE**, o a la que en casos de excepción éste le autorice, garantizando en todo caso la continuidad de la atención, manejo y cuidado del paciente hasta el ingreso de éste a la IPS receptora. **Anexo No. 5 - MANUAL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA;** 14. Expedir los certificados de incapacidad y licencias por maternidad a que diere lugar el proceso de atención del afiliado y dejar constancia en la Historia Clínica; 15. Permitir a **EL CONTRATANTE** el ejercicio permanentemente de la interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones a cargo de **EL CONTRATISTA**; 16. Diligenciar los documentos soportes (Historia Clínica, justificación de solicitud de medicamentos y/o procedimientos NO POS, orden y/o fórmula médica) para tramitar ante el Comité Técnico Científico los medicamentos y/o procedimientos que no hacen parte de la cobertura del Plan Obligatorio de salud, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 3099 de 2008 y Resolución 3754 de 2008. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATISTA** suministrará todos los documentos soportes al **CONTRATANTE**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

dentro de las 48 horas siguientes a la formulación de medicamentos y/o procedimientos NO POS, para que **EL CONTRATANTE** proceda a analizar la solicitud en el Comité Técnico Científico; **17.** Atender las recomendaciones y sugerencias realizadas por los auditores de Garantía de Calidad de **EL CONTRATANTE**; **18.** Garantizar la suficiencia de infraestructura física y recurso humano para prestar los servicios objeto del presente contrato a partir de la capacidad instalada, en relación con la población de **EL CONTRATANTE**; **19.** Cobrar los copagos y cuotas moderadoras contempladas en el Acuerdo 260 del CNSSS, Decreto 4747 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, aclaren, deroguen o adicionen, normas que forman parte integral de éste contrato, cuyo recaudo efectivo hará parte del valor mensual que **EL CONTRATANTE** reconoce como contraprestación a **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de no realizarse recaudo efectivo de la totalidad de la cuota de recuperación, este hecho se declarará en formato definido para tal fin (FTPDA-38) y el valor efectivamente no recaudado no se descontará a **EL CONTRATISTA**. **Anexo No. 6 - FORMATO DE NO RECAUDO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN.** **EL CONTRATISTA** debe abstenerse de cobrar al afiliado suma adicional alguna por la prestación de los servicios contenidos en el objeto del presente contrato diferentes de los copagos y cuotas moderadoras; **20.** Responder con la oportunidad que requieran las solicitudes que haga **EL CONTRATANTE** directamente o a través de la auditoría, en relación con la calidad y oportunidad de los servicios prestados o a la pertinencia de los procedimientos o formulación de los medicamentos a los usuarios o que generen quejas, tutelas, derechos de petición u otras, deberán resolverse dentro de los términos de Ley o los indicados en las mismas y se conformará un comité integrado por dos representantes del **CONTRATANTE** y dos representantes del **CONTRATISTA** para elaborar y seguir un plan de mejoramiento que establezca metas que deberán cumplirse en los plazos pactados; **21.** Prestar el Plan Obligatorio de Salud de conformidad con la normatividad vigente y adoptar como guía para la formulación los medicamentos considerados en el manual de medicamentos establecido en Plan Obligatorio de Salud vigente y las normas que lo adicionen o modifiquen, siguiendo los lineamientos contemplados en el Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. **PARÁGRAFO:** Las normas aquí previstas se aplicaran al presente contrato mientras no surja norma que las derogue, sustituya o modifique. **22. EL CONTRATISTA** se compromete con **EL CONTRATANTE**, que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico), cumpliendo con todos los requisitos descritos en el artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y Acuerdo 029 de 2011 – artículo 29 parágrafo primero, siempre y cuando no surja otras normas que las deroguen, sustituyan, modifiquen o aclaren. **23. EL CONTRATISTA** se compromete con **EL CONTRATANTE**, en enviar factura con soporte detallado de la compra de medicamentos e insumos, de conformidad a la Resolución 3047 de 2008 – Anexo Técnico No. 5 Literal a, Numeral 11. **24. EL CONTRATISTA** se compromete a no prescribir los servicios de salud que se deriven de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, y/o los considerados como cosméticos y/o suntuarios; **25.** Cumplir con los procedimientos de acuerdo con lo establecido en el **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR**. **26.** Suministrar a **EL CONTRATANTE** los soportes documentales que provengan de **EL CONTRATISTA**, que sean necesarios y obligatorios para adelantar el trámite de recobro ante el FOSYGA, ARP, compañías de seguro y otras EPS, por prestación de servicios según lo establecido en el **Anexo No. 3– MANUAL DEL PRESTADOR**. **27.** Prestar los servicios

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

asistenciales en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional de acuerdo a las disposiciones de la Ley 776 de 2002 y el Decreto 1295 de 1994 y demás normas complementarias, y dar aviso por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, normas que hacen parte integral de éste contrato. Estos eventos serán pagados por **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA** de acuerdo con las tarifas pactadas en el presente contrato, previa presentación de la cuenta de servicios diligenciada y acompañada de los documentos que a continuación se relacionan: 1) Resumen amplio, legible y completo de la historia clínica. 2) Factura individual por atención en original y tres copias. 3) Autorización de servicios si es el caso. 4) Resumen de atención de acuerdo a la Resolución No. 3905 de 1994 del Ministerio de la Protección Social. 5) Soportes originales de los servicios facturados. 6) Informe del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional; 28. Informar por escrito a **EL CONTRATANTE** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al ingreso del paciente, la atención que presten con ocasión de eventos urgentes, **EL CONTRATISTA** notificara en caso de accidente de tránsito al **CONTRATANTE** en el término previsto en la ley y antes de que se agote el tope vigente del SOAT; 29. No exigirle al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento de acuerdo a lo establecido por el Decreto 4747 de 2007; 30. Diligenciar documentos para notificar a la respectiva Seccional o Secretaría de Salud, enfermedades de obligatorio reporte. 31. Responder legal y patrimonialmente por los daños y/o perjuicios que hubiera cancelado **EL CONTRATANTE** por cualquier clase de condena, en el cual hubiera mediado dolo o culpa en cualquier grado por parte del **CONTRATISTA**, en cumplimiento del presente contrato. 32. Adquirir los **Formatos de control para medicamentos especiales** regulados en la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Protección Social en los expendios oficiales. 33. Las demás obligaciones que emanen de la naturaleza del presente contrato y las que se deriven o impongan de las normas legales sobre los servicios objeto del mismo. **TERCERA OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.-** Son obligaciones de **EL CONTRATANTE**, además de las que por ley le corresponden para la operación de aseguramiento en salud del régimen contributivo, las siguientes: 1. Disponer medios de comunicación que permitan la identificación de la población objeto de la prestación de servicios de este contrato; 2. Garantizar una red suficiente para la referencia y contrarreferencia, para servicios no incluidos en el objeto del presente contrato. **PARÁGRAFO:** cuando **EL CONTRATISTA** por motivos de disponibilidad y/o capacidad, no pueda prestar los servicios incluidos en el objeto del presente contrato, solicitará y validará con **EL CONTRATANTE** la remisión del usuario a la red adscrita; 3. Incorporar, en su Manual de Auditoría de Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría que le permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de **EL CONTRATISTA**, teniendo en cuenta lo señalado en el artículo 6, numeral 9, del Decreto 4747 de 2007, respecto a la periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas; 4. Pagar a **EL CONTRATISTA** el valor de los servicios contratados debidamente habilitados, especificados dentro del objeto del presente contrato, en los plazos y condiciones establecidos en el mismo; 5. Dar a conocer a **EL CONTRATISTA** los mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador, así como los indicadores que serán utilizados para tal fin, lo anterior hace parte del presente contrato. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR;** 6. Cubrir la parte de los servicios médicos asistenciales con ocasión de accidentes de tránsito que excedan los topes en SMLMV vigentes que corresponden asumir al fondo o seguro obligatorio de

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

accidentes de tránsito – SOAT y al FOSYGA, de acuerdo a la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio, siempre y cuando hagan parte del objeto del presente contrato. 7. Recibir las facturas presentadas por **EL CONTRATISTA** siempre y cuando reúnan los soportes detallados en la Resolución 3047 de 2008 y los demás establecidos en el presente contrato, según la modalidad de facturación. 8. Hacer la revisión íntegra de las facturas antes de proceder a efectuar las glosas de acuerdo a lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren; 9. Garantizar una línea de atención 24 horas para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes; 10. Las demás obligaciones contractuales y legales que se deriven del presente contrato o de las normas que lo rigen. **CUARTA. EXCLUSIONES.-** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** No obstante lo anterior y en virtud del cumplimiento de fallo de tutela o mediante autorización del Comité Técnico Científico, CTC, hospitalario en casos de urgencia o autorización del CTC del contratante, se procederá de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Séptima del presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** No hace parte del objeto del presente contrato las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral no expresamente descritas en el Acuerdo 029 del 28 de Diciembre de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionen y que no estén plenamente derogadas. **QUINTA. PROHIBICIONES.- EL CONTRATISTA** no podrá: 1. Realizar prácticas discriminatorias en su atención a los usuarios; 2. Divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera **EL CONTRATANTE**, para efectos de éste contrato, o la autoridad competente o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación de **EL CONTRATISTA** obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud, excepto los requeridos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. **SEXTA. TARIFAS.- EL CONTRATANTE** reconocerá a **EL CONTRATISTA** por sus servicios, el valor definido en el **Anexo No. 2 PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALORES DE LOS SERVICIOS**, que hace parte integral del presente contrato. El pago se efectuará a los SESENTA (60) días calendario siguiente al de la presentación de la factura o de conformidad al procedimiento establecido en la normatividad vigente, mediante consignación a una cuenta bancaria que se encuentre debidamente certificada por la entidad financiera. **SÉPTIMA. FACTURACIÓN Y GLOSAS.- EL CONTRATISTA** deberá presentar la factura acompañada de la relación discriminada de cada uno de los servicios prestados identificando plenamente los servicios POS y NO POS y el número y fecha de la autorización de servicios emitida por **EL CONTRATANTE**, de acuerdo al procedimiento que para tal efecto se encuentra establecido por la normatividad vigente y soporte detallado de compra de los medicamentos e insumos, de conformidad con la Resolución 3047 de 2008 - Anexo Técnico No.5, Literal a, Numeral 11. La factura deberá cumplir con todos los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos Nacionales y por el Código de Comercio. **Anexo No. 3 – MANUAL DEL PRESTADOR. PARÁGRAFO PRIMERO.-** En todos los casos, el valor del copago y de la cuota moderadora que haya recaudado **EL CONTRATISTA**, deberá ser descontado por este dentro de la factura que presente por el servicio afectado con tal cuota de recuperación. **PARAGRAFO SEGUNDO.-** Se procederá en el trámite de glosas, devoluciones y respuestas de acuerdo a lo estipulado en la Resolución 4747 de 2007 y las demás normas que la sustituyan, modifiquen o aclaren. **OCTAVA. DURACIÓN-** La duración del presente contrato es de un (1) año, contado a partir de la fecha de su perfeccionamiento. Se entenderá prorrogado automáticamente por períodos de



**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

un (1) año, siempre y cuando ninguna de las partes haya manifestado su intención de darlo por terminado, conforme lo que establezca la cláusula de terminación dispuesta en el presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** El presente contrato se entenderá perfeccionado una vez suscrito por los representantes legales, con la presentación de las pólizas correspondientes y el respectivo recibo de pago. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- VIGENCIA** el presente contrato entrará en vigencia y ejecución a partir del **Primero (1) de Febrero del año Dos Mil Trece (2013).** **NOVENA: AUTONOMIA:** Los servicios de salud a que se refiere este contrato serán prestados por **EL CONTRATISTA** a solicitud y por voluntad del usuario, a través de su personal médico, paramédico y administrativo con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa y bajo su propia y exclusiva responsabilidad, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes a su nivel de atención. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Sin lesionar su autonomía técnica y profesional **EL CONTRATISTA** acepta que **EL CONTRATANTE** o su representante efectúe una supervisión o auditoria sobre la ejecución de su servicio profesional encomendado, fundamentalmente sobre los procedimientos utilizados y la actividad desplegada así como también acepta la formulación de las recomendaciones y sugerencias que **EL CONTRATANTE** considere necesarias para el logro en la prestación del servicio contratado siempre y cuando estén en concordancia con la normatividad vigente. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En virtud de la autonomía técnico-científica **EL CONTRATANTE** acepta los Protocolos y Guías de atención medica del **CONTRATISTA**, siempre y cuando no sean contrarias a la normatividad vigente. **DÉCIMA. SISTEMA DE INFORMACIÓN- EL CONTRATISTA** se obliga a aceptar el Sistema de Información implementado por **EL CONTRATANTE**. **DÉCIMA PRIMERA. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se suspenderá por las siguientes causas: **a)** En caso de que **EL CONTRATANTE** encuentre que **EL CONTRATISTA** no cumple con una o más de las condiciones del sistema de habilitación en este caso pondrá en conocimiento del hecho a la Entidad Departamental de Salud competente. **b)** En caso que cualquiera de las partes encuentre que la otra incumpla parcialmente las obligaciones contraídas en virtud del contrato. **DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN-** El presente contrato se terminará por cualquiera de las siguientes causales: **a)** Por vencimiento del término inicialmente pactado o el de cualquiera de sus prorrogas. **b)** Por mutuo acuerdo de las partes. **c)** Por incumplimiento de cualquiera de las partes respecto de las obligaciones derivadas de este contrato. **d)** Cuando el incumplimiento sea en la calidad del proceso de atención brindada al usuario, el cual se entenderá probado cuando hayan mediado por lo menos (2) dos requerimientos documentados por parte de la auditoría médica de **EL CONTRATANTE** a **EL CONTRATISTA**, sin que se haya dado cumplimiento al plan de acción acordado entre las partes. **e)** Si **EL CONTRATISTA**, comete irregularidades en la presentación de las cuentas de cobro y no son corregidas oportunamente o se demuestra que hubo dolo por parte de éste; **f)** Por la inclusión de cualquier registro, documento o informe, suministrado por **EL CONTRATISTA**, que sea ficticio. **g)** Por la revocatoria o vencimiento del registro especial de prestadores de servicios de salud, por parte de la autoridad competente. **h)** El incumplimiento por parte de **EL CONTRATISTA**, de entregar y mantener vigentes las pólizas de seguros, señaladas en la cláusula décima cuarta. **i)** Unilateralmente por cualquiera de las partes mediante comunicación escrita con una antelación no inferior a sesenta (60) días a la fecha en que se desee dar por terminado. Las partes renuncian expresamente al cobro de cualquier indemnización, multa o pena por la aplicación de ésta causal. **j)** Por las demás causales previstas en la ley y en los reglamentos. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** La terminación del contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita, suscrita por el representante legal de la entidad que haya

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

decidido finalizar la relación contractual, indicando de forma expresa la causal de terminación y ordenando su liquidación en el estado en que se encuentre. En caso de que la terminación sea por mutuo acuerdo, la decisión deberá ser suscrita por los representantes legales de ambas entidades. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** El proceso de liquidación del contrato no podrá durar más de cuatro (4) meses desde la fecha de vencimiento del contrato. La liquidación constará por escrito en la cual se determinarán todos los hechos del contrato, se discriminará el valor total del mismo, los valores pagados anticipadamente, los saldos a favor y en contra de cada una de las partes, y las fechas límite de pago de las sumas faltantes. El contrato y la liquidación prestarán mérito ejecutivo. **DÉCIMA TERCERA. EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL.- EL CONTRATISTA** obrará por su propia cuenta y riesgo en la prestación del objeto del presente contrato, sin que se encuentre sometido a subordinación, ni solidaridad laboral con **EL CONTRATANTE**, de manera tal que no se configura ningún tipo de relación laboral entre las partes ni entre **EL CONTRATANTE** y el personal que **EL CONTRATISTA** emplee para la ejecución y cumplimiento del presente contrato. **DÉCIMA CUARTA. GARANTÍAS.- EL CONTRATISTA** tomará a su costa y por su cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país y vigilada por la Superintendencia Financiera: **a)** Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual con una vigencia igual al término inicial del contrato y tres (3) meses más y durante cada una de sus prórrogas. Esta póliza deberá incluir los amparos de daños en bienes y personas. Se aceptarán las pólizas Multirisgo o Contra todo riesgo siempre que comprendan todos los amparos mencionados. **b)** De responsabilidad civil profesional para clínicas y hospitales, por un valor de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes por evento o siniestro, por un término igual al inicial y durante cada una de sus prórrogas. **c)** Póliza de Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones laborales, por un término igual a la duración del contrato y tres (3) años más, por el cinco por ciento (5%) del valor total del contrato. **d)** Póliza de cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a cargo del afianzado, por un término igual a la duración del contrato y dos (2) meses más, por un valor igual al diez por ciento (10%) del valor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Para los efectos del otorgamiento de las pólizas enunciadas en la primera parte de esta cláusula, las partes estiman el valor del presente contrato, en una suma de CIENTO MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$100.000.000). No obstante, si durante la ejecución del presente contrato, el valor se incrementará proporcionalmente, **EL CONTRATISTA** ajustará el monto de las pólizas y entregará copia a **EL CONTRATANTE**. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Siempre que se prorrogue la duración del contrato, **EL CONTRATISTA** deberá renovar todas las pólizas mencionadas en esta Cláusula. **PARÁGRAFO TERCERO.-** Se establece que, 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 la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación. El llamamiento se sujetará a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil. **PARÁGRAFO CUARTO.- EL CONTRATISTA** deberá suscribir y entregar las pólizas de que trata la presente cláusula y sus respectivos recibos de pago a **EL CONTRATANTE**, dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del presente contrato. **DÉCIMA QUINTA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.-** Las eventuales diferencias que llegaren a surgir entre los contratantes con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución y terminación de este contrato y que no pudiesen ser solucionados directamente por ellos, serán dirimidas mediante la jurisdicción ordinaria. **DÉCIMA SEXTA. RESPONSABILIDAD LEGAL DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

**LOS SERVICIOS MÉDICOS - EL CONTRATISTA** asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados de **EL CONTRATANTE**, la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio. Para efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación MÉDICO-PACIENTE con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta manera cualquier responsabilidad surgida de dicha relación, será exclusiva de **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL CONTRATANTE** no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por **EL CONTRATISTA**, **EL CONTRATANTE** fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra de **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y comparezca a los juicios de responsabilidad en que se le vincule. **PARÁGRAFO TERCERO:** En caso que **EL CONTRATANTE** fuera condenado en proceso de responsabilidad médica, en el cual haya quedado plenamente demostrado que **EL CONTRATISTA** incurrió en alguna de las causales de culpa, autoriza a **EL CONTRATANTE** para que repita en contra de este los dineros que hubiere cancelado por culpa exclusiva de **EL CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO CUARTO:** En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos **EL CONTRATANTE** podrá hacer exigible las garantías de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual" requerida en la correspondiente cláusula de este contrato. **DÉCIMA SEPTIMA. CONFIDENCIALIDAD.-** Las partes se comprometen a mantener de manera confidencial toda aquella información a la que tengan acceso con motivo o por ocasión del presente contrato. Ninguna de las partes podrá utilizarla parcial o totalmente, en provecho suyo o de un tercero para un fin o propósito diferente al debido cumplimiento de este contrato, incluye la información errónea que se le preste al usuario o a un tercero. La anterior obligación surtirá efecto a partir de la fecha en que se firme el presente contrato y tendrá vigencia hasta cinco (5) años después de terminado el mismo. **PARAGRAFO PRIMERO:** Se considera información confidencial: a) Aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) La que no sea de fácil acceso, y c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial. **PARAGRAFO SEGUNDO: EXCEPCIONES.** No habrá deber alguno de confidencialidad en los siguientes casos: a) Cuando la parte receptora tenga evidencia de que conoce previamente la información recibida; b) Cuando la información recibida sea de dominio público; c) Cuando la información deje de ser confidencial por ser revelada por el propietario; d) Cuando la divulgación sea necesaria para garantizar el derecho a la salud del usuario; e) Cuando el solicitante o destinatario tenga derecho de conocer, en virtud de autorización legal o judicial. **PARAGRAFO TERCERO:** En el evento de incumplimiento del deber de confidencialidad la parte afectada tendrá derecho a exigir inmediatamente a la parte incumplida, y a título de pena, el pago de una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor anual del contrato; en todo caso, en que surtido el proceso de investigación interpartes no se logre acuerdo directo, deberá ser la Jurisdicción Ordinaria quien dirima la situación. **DECIMA OCTAVA. NATURALEZA DEL CONTRATO.-** El presente contrato es de naturaleza civil y comercial. Igualmente se registrará en especial por las normas contenidas en las Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, en los Decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en las Resoluciones 1043 de 2006 modificada por la Resolución 2680 de 2007, 3047 de 2008, y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

**DECIMA NOVENA. MODIFICACIONES.-** Toda modificación que se efectúe al presente contrato, se deberá realizar de común acuerdo entre las partes, de lo cual se dejará constancia por escrito.

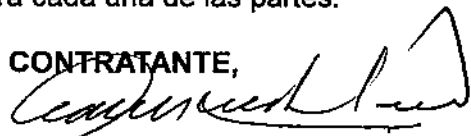
**VIGÉSIMA. CESIÓN.- EL CONTRATISTA** no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización expresa y por escrito de **EL CONTRATANTE**. **VIGÉSIMA PRIMERA.**

**PERFECCIONAMIENTO.-** El presente contrato se entiende perfeccionado una vez cumplidos los siguientes requisitos previos al inicio de su ejecución: **1)** La firma de las partes, **2)** Presentación y aprobación de las pólizas exigidas a **EL CONTRATISTA**, **3)** Presentar antes de la firma del presente contrato los siguientes documentos: **A)** Constancia de la presentación de la declaración de habilitación ante el ente territorial de salud de los servicios contratados, **B)** Presentar y mantener vigentes los permisos, registros, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas, **C)** Constancia o reporte de haberse cargado con éxito en el portal web de la Superintendencia Nacional de Salud la información del último semestre a que hace referencia la Circular Única. **D)** Certificación o declaración de haber cumplido todos los requisitos previos exigidos en virtud de lo dispuesto por la Circular Única de la Superintendencia de Salud, para obligarse como IPS a contratar. **VIGÉSIMA SEGUNDA. DOCUMENTOS Y ANEXOS DEL PRESENTE CONTRATO.-** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes documentos: **1-** Pólizas de seguros y sus correspondientes recibos de pago **2.** Certificado de Existencia y Representación legal de las partes. **3.** Fotocopia del NIT **4.-** Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal **5.** Certificación de la entidad financiera correspondiente en original, en la que conste una cuenta bancaria abierta y activa a nombre de **EL CONTRATISTA**. **6.** Carta suscrita por el Representante Legal de **EL CONTRATISTA** en la que autoriza a **EL CONTRATANTE** consignar en la cuenta bancaria por ella indicada, el valor mensual causado del contrato. **7.** Anexos: Anexo No. 1.- Registro o Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud (Decreto 1011 de 2006) o Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Entidad Departamental o municipal competente. (Decreto 1011 de 2006); Anexo No. 2.- Paquete de servicios de salud y valor de los servicios: el cual deberá señalar los servicios contratados, debidamente especificados, con su valor y su respectivo CUPS; Anexo No. 3 – Manual del Prestador Formato; Anexo No. 4 reporte Enos y Centinelas; Anexo No. 5 Sistema de referencia y contrarreferencia y anexo No. 6 - Formato de Recaudo de Cuota de Recuperación.

**VIGÉSIMA TERCERA. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.-** Para todos los efectos del presente contrato, se tendrá como domicilio contractual la ciudad de Cali, para lo cual **EL CONTRATANTE** recibirá notificaciones en la Avenida de las Américas # 23N-55. Teléfono 4898686 Ext. 3330 y **EL CONTRATISTA:** En Palmira: Carrera 31 No. 31- 62, Teléfonos (2) 2755557, FAX 2722974.

Para constancia se suscribe en la ciudad de Cali. Se expiden dos ejemplares del mismo tenor para cada una de las partes.

**EL CONTRATANTE,**



**ADRIANA MARIA GARCIA ARCE**  
**2DO.SUPLENTE REPRESENTANTE LEGAL**  
**EPS SOS S.A.**

**EL CONTRATISTA,**



**FERNANDO HUMBERTO BEDOYA**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**CLINICA PALMIRA S.A**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

**ANEXO No. 2  
PAQUETE DE SERVICIOS DE SALUD Y VALOR DE LOS SERVICIOS**

SERVICIOS	POS	FAMILIAR	BIENESTAR	EXCELENCIA	CONSIDERACIONES
ESTANCIA HOSPITALARIA – MEDIANA COMPLEJIDAD					
<ul style="list-style-type: none"><li>Adultos</li><li>Pediátrica</li><li>Obstetricia</li></ul>	ISS 2001 + 34,72%	ISS 2001 + 41,48%	\$ 158.195 (por día)	\$ 158.195 (por día)	<ul style="list-style-type: none"><li>La IPS usará durante la hospitalización medicamentos POS (Acuerdo 029 del 2011) en caso de requerirse medicamentos no POS se procederá conforme a la normatividad vigente.</li><li>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta (018000938777), pues de no encontrarse evidencia de la respectiva validación al momento de la revisión de la facturación, será objeto de glosa por el personal de cuentas médicas del Contratante.</li><li>Requiere OPS expedida por SOS, la cual deberá gestionarse ante la EPS SOS en el momento mismo del egreso del usuario. En tal caso que el egreso del paciente se presente en horario no hábil, se ha definido un plazo máximo de 24 horas hábiles para legalizar la orden de prestación de servicios (OPS) ante la EPS.</li><li>POS: Habitación bipersonal.</li><li>PAC: Habitación unipersonal.</li><li>PAC: Cobertura hasta 30 días por año. Superado el tiempo, su cobertura será por el POS. Ver ficha técnica.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Unidad cuidado intensivo</li><li>Unidad cuidado intermedio</li></ul>	ISS 2001 + 20,75%	ISS 2001 + 24,37%	ISS 2001 + 24,37%	ISS 2001 + 24,37%	
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS					
<ul style="list-style-type: none"><li>Cirugía</li></ul>	ISS 2001 + 37,10%	ISS 2001 + 41,21%	ISS 2001 + 62,39%	ISS 2001 + 62,39%	<ul style="list-style-type: none"><li>POS – PAC: Requiere OPS expedida por SOS EPS.</li></ul>
SERVICIO DE URGENCIAS					
<ul style="list-style-type: none"><li>Urgencias</li><li>Honorarios médicos (interconsulta especializada)</li></ul>	ISS 2001 + 34,72%	ISS 2001 + 38,76%	ISS 2001 + 59,58%	ISS 2001 + 59,58%	<ul style="list-style-type: none"><li>Se establece libre acceso para los usuarios.</li><li>Este debe ser avalado a través de la línea de audio respuesta (018000938777), pues de no encontrarse evidencia de la respectiva validación al momento de la revisión de la facturación, será objeto de glosa por el personal de cuentas médicas del Contratante.</li><li>Si la atención no es una urgencia vital, el usuario cancelará el 100% de la atención.</li><li>En caso de que el usuario se encuentre capitado en una IPS el contratista lo remitirá a la IPS capitadora.</li><li>Aplica Triage definido por el Ministerio de la Protección Social – MPS (Decreto 4747 de 2007 Art.10)</li></ul>
AYUDAS DIAGNOSTICAS					
<ul style="list-style-type: none"><li>Radiología I-II</li><li>EKG</li><li>Ecografías</li><li>Videoendoscopia</li><li>Rectosigmoidosc.</li><li>Monitoreo fetal</li><li>Nasofaringoendoscopia</li></ul>	ISS 2001 + 34,72%	No aplica	ISS 2001 + 38,76%	ISS 2001 + 38,76%	<p>POS: Requiere OPS expedida por SOS EPS.</p> <p>PAC (B y E): Para la toma de las Ayudas Diagnósticas Ambulatorias, el usuario cancelará el 10% del costo total de la tarifa convenida Ecografías con el prestador. Para las ayudas diagnósticas de libre acceso (Costo menor del 50% del SMMLV), el usuario cancela directamente en la IPS, cuando se requiere autorización de servicios el pago debe realizarse en las oficinas de SOS. Ver Ficha Técnica – Adjunta.</p>

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

LABORATORIO CLINICO					
Laboratorio Nivel I-II-III	clínico	ISS 2001 + 34,72%	No aplica	ISS 2001 + 38,76%	ISS 2001 + 38,76%
<p><b>POS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prueba de embarazo confirmatoria se cancelara como prueba látex.</li> <li>• La prueba de BHCG cuantitativa se cancelara para aquellos casos de diagnostico de mola hidatidiforme, foriocardinoma, teratomas ováricos, y testiculares embarazos múltiples o sospecha de embarazo Ectópico, con previa autorización de servicios (OPS).</li> <li>• En los casos de solicitud de colesterol LDL SOS EPS cancelara el valor establecido.</li> <li>• En caso de solicitarse perfil lipídico se cancelara: colesterol, triglicéridos y Colesterol HDL, el colesterol LT no se cancelara en este caso por ser el resultado de u. fórmula matemática.</li> </ul> <p><b>PAC (B y E):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la toma de las Ayudas Diagnósticas Ambulatorias, el usuario cancelara el 10% del costo total de la tarifa convenida con el prestador.</li> <li>• Para las ayudas diagnósticas de libre acceso (Costo menor del 50% del SMMLV), el usuario cancela directamente en la IPS, cuando se requiere autorización de servicios el pago debe realizarse en las oficinas de SOS.</li> <li>• Ver Ficha Técnica – Adjunta.</li> </ul>					
<b>MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS - INSUMOS</b>	<b>LISTADO IPS</b>	<p>El valor de los <b>MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS</b> será pactado de común acuerdo con una periodicidad no menor a seis (6) meses ni mayor a un (1) año. Los ajustes quedarán plasmados dentro de un otro si, definiendo la periodicidad de la cual aplica.</p> <p>La negociación de las modificaciones por terminación de vigencia, serán realizadas con treinta (30) días de anticipación, en la cual <b>EL CONTRATANTE</b> enviará contrapropuesta sobre la modificación reportada por <b>EL CONTRATISTA</b>.</p> <p><b>EL CONTRATISTA</b> no podrá aplicar modificación de tarifas sin previo aval del <b>EL CONTRATANTE</b>, de ser así, las facturas de medicamentos e insumos serán liquidadas conforme a lista de precios de <b>EL CONTRATANTE (EPS S.O.S.)</b>.</p> <p>La lista de precios definida por ambas partes estará sujeta a las modificaciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Los medicamentos e insumos definidos con precio techo serán liquidados conforme al valor máximo reportado por el Ministerio de la Protección Social, lo anterior, en caso que los valores del portafolio sean mayores valor máximo definido por el <b>MPS</b> o entidad competente.</p>			

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIO (PAC) BAJO LA MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. – EPS SOS S.A Y CLINICA PALMIRA S.A**

PAQUETES OBSTETRICOS		
SERVICIO	TARIFA POS	CONSIDERACIONES
PARTO NORMAL	\$ 780.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencias</li> <li>• Honorarios médicos totales (ginecólogo, anestesiólogo y ayudante).</li> <li>• Valoración del recién nacido.</li> <li>• Derechos de sala</li> <li>• Monitorio fetal</li> <li>• Hemoclasificación al recién Nacido.</li> <li>• TSH</li> <li>• Insumos y medicamentos</li> <li>• MMR para la materna</li> <li>• BCG, Polio y Hepatitis para RN</li> </ul>
CESAREA	\$ 780.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencias Honorarios médicos totales (ginecólogo, anestesiólogo y ayudante).</li> <li>• Un día (01) de Estancia</li> <li>• Valoración del recién nacido.</li> <li>• Monitorio fetal</li> <li>• Hemoclasificación al recién Nacido.</li> <li>• TSH</li> <li>• Insumos y medicamentos</li> <li>• MMR para la materna</li> <li>• BCG, Polio y Hepatitis para RN</li> </ul>
Observación: En caso de procedimiento adicional de POMEROY, este se liquida como un segundo procedimiento según manual tarifario ISS 2001 (tal como siempre se ha liquidado).		

*(Handwritten signature)*



Ana Maria Martinez Rioja &lt;amrioja@sos.com.co&gt;

**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA | RESPONSABILIDAD CIVILMEDICA | CARLOS DARÍO GÓMEZ CEBALLOS Y OTROS vs SOS EPS Y OTROS | 2024 - 054 | 76520310300120240005400**

3 mensajes

Ana Maria Martinez Rioja &lt;amrioja@sos.com.co&gt;

16 de mayo de 2024, 16:59

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira &lt;j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

Cc: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira &lt;j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;, Notificaciones Judiciales &lt;notificacionesjudiciales@comfandi.com.co&gt;, juridico@segurosdelestado.com, "judicial@clinicapalmira.com"

&lt;judicial@clinicapalmira.com&gt;, gonzalezrenzaasesorias@hotmail.com

Cco: CLAUDIA PAOLA ROJAS CAICEDO &lt;crojas@sos.com.co&gt;

**SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, MAYO DE 2024**

Doctora

**CARMEN CECILIA LÓPEZ GARCÍA**

JUEZ PRIMERA CIVIL DEL CIRCUITO

PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

**E.S.D.****REFERENCIA:**

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**PROCESO:**

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

**DEMANDANTE:**

CARLOS DARÍO GÓMEZ CEBALLOS Y OTROS

**DEMANDADO:**

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y OTROS

**RADICACIÓN:**

2024-054

**EXPEDIENTE:**

76520310300120240005400

Cordial saludo,

**ANA MARÍA MARTÍNEZ RIOJA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Santiago de Cali, identificada con la cédula de Ciudadanía No. 1'143.857.326, actuando en el presente proceso como APODERADA ESPECIAL de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS S.A.**, me permito mediante el presente escrito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** interpuesta por **CARLOS DARÍO GÓMEZ CEBALLOS Y OTROS**, en contra de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS S.A.** y la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI – COMFANDI PROPIETARIOS DE CLÍNICA COMFANDI PALMIRA** la cual desarrollo en los términos desarrollados en archivo adjunto.

Anexo al presente correo:

1. Contestación de la demanda.
2. Poder
3. Constancia envío poder en los términos de la ley 2213
4. Certificado de existencia y representación de SOS del 30 de abril de 2024
5. Correo de remisión e historia clínica IPS CLÍNICA PALMIRA
6. Llamamiento en garantía Seguros del Estado
7. Certificado de existencia y representación de Seguros del Estado - Bogotá
8. Certificado de existencia y representación de Seguros del Estado - Sucursal Cali
9. Poliza inicial y anexos de renovación
10. Llamamiento en garantía Comfandi
11. Certificado de existencia y representación COMFANDI
12. Contrato de prestación de servicios COMFANDI



13. Llamamiento en garantía CLÍNICA PALMIRA
14. Certificado de existencia y representación CLÍNICA PALMIRA
15. Certificado de existencia del establecimiento de CLÍNICA PALMIRA
16. Contrato de prestación de servicios CLÍNICA DE PALMIRA

La totalidad de los listados archivos pueden consultarse en la ruta **CONTESTACIÓN 2024 - 054 CASO ROSA EMILDA**

Del presente correo copio a las demás partes, en cumplimiento de la normatividad vigente y aplicable al tema.

Agradezco la atención prestada y de antemano la colaboración que pueda ser brindada frente a la confirmación de lectura del presente correo.




Cordialmente,



**Ana María Martínez Rioja**  
Abogada de procesos judiciales  
Santa Anita  
📍 Carrera 56 # 11A- 88  
📞 Cel: 317 509 2411  
🕒 07:30 a.m. a 05:00 p.m.  
[amrioja@sos.com.co](mailto:amrioja@sos.com.co)  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)

---

### 3 adjuntos

-  **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.pdf**  
456K
-  **PODER.pdf**  
81K
-  **CONSTANCIA ENVÍO PODER LEY 2213.pdf**  
149K

---

**Ana Maria Martinez Rioja** <[amrioja@sos.com.co](mailto:amrioja@sos.com.co)>

17 de mayo de 2024, 14:04

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <[j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co)>

Buenos días,

De manera atenta solicito su valiosa colaboración con la confirmación de lectura del correo remitido el día de ayer.

Cordialmente,

[El texto citado está oculto]

--



**Ana María Martínez Rioja**  
Abogada de procesos judiciales  
Santa Anita  
📍 Carrera 56 # 11A- 88  
📞 Cel: 317 509 2411  
🕒 07:30 a.m. a 05:00 p.m.  
[amrioja@sos.com.co](mailto:amrioja@sos.com.co)  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)

**Ana Maria Martinez Rioja** <[amrioja@sos.com.co](mailto:amrioja@sos.com.co)>

20 de mayo de 2024, 8:47

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Palmira <[j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01ccpal@cendoj.ramajudicial.gov.co)>

Buenos días,

De manera atenta reitero solicitud de colaboración con la confirmación de lectura del correo remitido el día jueves.

Cordialmente,

[El texto citado está oculto]

--

Buenos días,

De manera atenta



**Ana María Martínez Rioja**  
Abogada de procesos judiciales  
Santa Anita  
📍 Carrera 56 # 11A- 88  
📞 Cel: 317 509 2411  
🕒 07:30 a.m. a 05:00 p.m.  
[amrioja@sos.com.co](mailto:amrioja@sos.com.co)  
[www.sos.com.co](http://www.sos.com.co)



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

Ciudad de Expedición CALI	Sucursal CALI	Tipo de Movimiento ANEXO DE RENOVACION	Poliza No. 45-03-101013159	Anexo No. 3
TOMADOR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT 805.001.157-2	
DIRECCION CR 56 NRO. 11 A - 88			CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO 4898686
ASEGURADO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT 805.001.157-2	
DIRECCION CR 56 NRO. 11 A - 88			CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO 4898686
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 30 / 06 / 2020	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2021		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2020 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2021	
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE		CLAVE 991131	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO %

## INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 1,000,000,000.00		
DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 25,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES				

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****400,000,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****76,000,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****476,000,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

IA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES  
IA DEL ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO  
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES  
IA DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO

45-03-101013159

FIRMA AUTORIZADA



(415)7709998021167(8020)11011634293861(3900)000476000000(96)20200814

REFERENCIA  
PAGO:  
1101163429386-1

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR

LADYECHEVERRY





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

Ciudad de Expedición <b>CALI</b>	SUCURSAL <b>CALI</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No. <b>45-03-101013159</b>	ANEXO No. <b>3</b>
TOMADOR <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT <b>805.001.157-2</b>	
DIRECCION <b>CR 56 NRO. 11 A - 88</b>			CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>	TELEFONO <b>4898686</b>
ASEGURADO <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT <b>805.001.157-2</b>	
DIRECCION <b>CR 56 NRO. 11 A - 88</b>			CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>	TELEFONO <b>4898686</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>30 / 06 / 2020</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2020</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2021</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2020</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2021</b>	
INTERMEDIARIO <b>WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE</b>		CLAVE <b>991131</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA <b>COASEGURO CEDIDO</b>
CLIENTE		% PARTICIPACION		

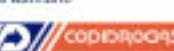
## INFORMACION DEL RIESGO



### PAGINA WEB



### CORRESPONSALES BANCARIOS



### Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



**Banco de Bogotá**



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****400,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****76,000,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****476,000,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.00000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

### FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415)7709998021167(8020)11011634293861(3900)000476000000(96)20200814

REFERENCIA  
PAGO:

1101163429386-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA - NIT: 805.001.157-2

ASEGURADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA - NIT:805.001.157-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

VIGENCIA: DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 30 DE JUNIO DEL 2020, HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 30 DE JUNIO DEL 2021.

TIPO DE INSTITUCION: EPS

UBICACION DEL RIESGO:La presente cobertura aplica cuando la actividad asegurada se desarrolle dentro de los establecimientos de Sanidad propios y en convenio (de la red) ubicados en el Departamento del Valle. Asi:

- CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
- FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
- CONFAMILIAR RISARALDA
- MEDICARTE S.A.
- CLINICA VERSALLES S.A
- FUNDACION UNION DE LUCHA CONTRA EL CANCER UNICANCER
- CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A
- FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL
- INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
- R.T.S. S.A.S
- ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.
- CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
- FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
- AUDIFARMA S.A
- CLINICA LA ESTANCIA S.A
- MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A. MEDEX
- CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S
- INVERSIONES DUMIAN EU
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
- SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.
- CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
- IPS SALUD FLORIDA

CUALQUIER IPS CONTRATADA POR EL ASEGURADO, SE DEBE REPORTAR EN LA POLIZA, SE OTORGA 60 DIAS PARA EL AVISO.

NIVEL DE ATENCION: TODOS LOS NIVELES

No. DE CAMAS: LAS DE LA RED DE IPSS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS: LAS DE LA RED DE IPSS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA:

=====

OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CLAIMS MADE - Para siniestros ocurridos a partir del 30/06/2009 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 reclamados por primera vez al Asegurado y al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO

GENERAL:FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

En adicion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000

- SUBLIMITE EVENTOS POR OCURRENCIA HASTA \$1.000.000.000
- SUBLIMITE EVENTOS POR CLAIMS MADE HASTA \$600.000.000





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

La cobertura prevista u otorgada en la presente poliza opera en los siguientes eventos:

- 1.Cuando exista una poliza adicional mediante la cual se cubra la responsabilidad civil profesional de la salud que pueda serle imputable a cada una de las IPS de la RED y por cuyo evento sea llamado a responder el asegurado EPS SOS, siempre que la poliza adicional tenga un valor asegurado minimo de 200 millones de pesos.
- 2.Cuando la poliza adicional de las IPS conforme el ordinal anterior, tenga un valor asegurado inferior a 200 millones de pesos, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000).
- 3.Cuando las IPS no hayan tomado una poliza adicional conforme el numeral primero precedente, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)

#### RELACION DE PROFESIONALES:

Bajo la cobertura otorgada por esta poliza se cubre la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado SOS EPS SA, derivada de la actividad de la salud del asegurado por los errores u omisiones del personal de la salud a su servicio y al servicio de las IPSS de la red.

#### COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Adicional a lo anterior, la cobertura otorgada por la presente poliza se extiende a cubrir los siniestros ocurridos a partir del 30/06/2009 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 reclamados por primera vez al Asegurado y al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podraser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de danos materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

#### 2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

##### 2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

##### 2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

##### 2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (opera exclusivamente para eventos del sublimite en ocurrencia pura )





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

- A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.
- B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.
- C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a \$100.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPSS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

#### 2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA
	Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
- AMPARO BASICO	100% del limite asegurado por evento
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	y vigencia, de acuerdo con la
- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	modalidad contratada.
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	
- GASTOS DE DEFENSA	Por Evento: Hasta \$20.000.000 Por Vigencia: Hasta \$100.000.000

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% de los gastos incurridos  
DEMÁS AMPAROS: 15% de la perdida - minimo \$25.000.000

#### EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones judiciales o extrajudiciales donde el personal de la salud interviniente en la atencion en salud que dio origen a la reclamacion no se encuentren reportados en esta poliza, llamase AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
2. Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
3. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
4. Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.
5. Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

6.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.

7.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

9.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anomalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

10.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

11.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:

I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

12.Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.

13.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

14.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.

15.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

16.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

17.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.

18.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

19.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:

A.Que el caso no corresponda a su especialidad?

B.Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?

C.Que el enfermo rehusa cumplir las indicaciones prescritas,

Caso en el cual SEGUROESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

20.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.

21.Violacion del secreto profesional.

22.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

23.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

24.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

25.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

26.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

27.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.

28.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

29.Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

30.Organismos patogenicos.

31.Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

32.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

33. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.

34. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

35. Responsabilidad civil patronal, prácticas laborales incorrectas o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevención de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad social semejante, sea pública o privada.

36. Responsabilidad civil de directores y administradores.

37. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I- Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones bélicas (con o sin declaración o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motín, conmoción civil o alborotos populares que revelen el carácter de o como consecuencia de, asonada, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, conspiración, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscación, requisa, nacionalización o detención por cualquier poder civil o militar legítimo o usurpado, destrucción daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexión con cualquier grupo u organización cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presión sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.

II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.

38. Cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbesto, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación en cualquier ambiente, construcción o estructura.

39. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creación hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La acción de energía atómica

II- Radiaciones ionizantes, o contaminación por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustión de material nuclear. Explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad.

III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

40. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su carácter de funcionarios o servidores públicos según lo define la ley correspondiente.

41. Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.

42. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas, teléfono.

43. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, así como también los daños causados por la acción paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

44. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

45. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.

46. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, así como el uso de armas de fuego.

47. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.

48. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Así como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

49. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

50. Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.

51. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento médico.

52. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la república de Colombia.

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURO no será responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

53. Procedimientos sin la autorización para realización de la cirugía e intervención, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deberá estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Médico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

54. Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.

55. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el consentimiento informado.

56. El prestador de servicios de salud no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitácora diaria.

57. El prestador de servicios de salud, no mantenga la historia clínica del paciente al día o no lleve la historia clínica bajo los parámetros establecidos por la ley.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	3
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	CR 56 NRO. 11 A - 88 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

58.Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 o los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.  
59.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.  
60.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.

AMBITO TERRITORIAL:Colombia

LEGISLACION APLICABLE:Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI	SUCURSAL CALI	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 45-03-101013159	ANEXO No. 6
TOMADOR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT	805.001.157-2
DIRECCION AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55			CIUDAD	CALI, VALLE
ASEGURADO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT	805.001.157-2
DIRECCION AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55			CIUDAD	CALI, VALLE
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 30 / 06 / 2021	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2021		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2022	
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE		CLAVE 991131	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES DUAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 1,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 1,000,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 25,000,000.00 \$ en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****400,000,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****76,000,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****476,000,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415)7709998021167(8020)11011636199225(3900)000476000000(96)20210814

REFERENCIA  
PAGO:  
1101163619922-5

IA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTAD  
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES  
IA DEL ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTAD  
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES  
IA DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTAD  
45-03-101013159

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

LADYECHEVERRY

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

1





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>	SUCURSAL <b>CALI</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	PÓLIZA No. <b>45-03-101013159</b>	ANEXO No. <b>6</b>
TOMADOR <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT	<b>805.001.157-2</b>
DIRECCION <b>AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55</b>			CIUDAD	<b>CALI, VALLE</b>
ASEGURADO <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT	<b>805.001.157-2</b>
DIRECCION <b>AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55</b>			CIUDAD	<b>CALI, VALLE</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT	<b>0-0</b>
FECHA DE EXPEDICIÓN (d-m-a) <b>30 / 06 / 2021</b>		VIGENCIA SEGURO		
		DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2021</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2022</b>	
		VIGENCIA ANEXO		
		DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2021</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2022</b>	
INTERMEDIARIO <b>WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE</b>		CLAVE <b>991131</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	
CLIENTE		COMPañA <b>COASEGURO CEDIDO</b>		
		% PARTICIPACION		

### INFORMACION DEL RIESGO



#### PAGINA WEB



#### CORRESPONSALES BANCARIOS



#### Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



**Banco de Bogotá**



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

**Grupo Bancolombia**



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****400,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****76,000,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****476,000,000.00

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.**

CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM)

#### FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415)770998021167(8020)11011636199225(3900)000476000000(96)20210814

REFERENCIA  
PAGO:  
1101163619922-5

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S  
NIT: 805.001.157

ASEGURADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S  
NIT:805.001.157

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

TIPO DE INSTITUCION:EPS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Propietario y/u operador de la empresa promotora de servicios de salud conocida como EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A - EPS

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:

La presente cobertura aplica cuando la actividad asegurada se desarrolle dentro de los establecimientos de Sanidad propios y en convenio (de la red), reportados en la poliza:

- CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
- FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
- COMFAMILIAR RISARALDA
- MEDICARTE S.A.
- CLINICA VERSALLES S.A
- FUNDACION UNION DE LUCHA CONTRA EL CANCER UNICANCER
- CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A
- FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL
- INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
- R.T.S. S.A.S
- ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.
- CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
- FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
- AUDIFARMA S.A
- CLINICA LA ESTANCIA S.A
- MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A. MEDEX
- CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S
- INVERSIONES DUMIAN EU
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
- SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.
- CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
- SALUD FLORIDA

CUALQUIER IPS CONTRATADA POR EL ASEGURADO ADICIONAL A LAS DE ESTE LISTADO, SE DEBE REPORTAR EN LA POLIZA. AMPARO AUTOMATICO DE 60 DIAS PARA EL AVISO/REPORTE. - se relacionan listado completo de IPS en el siguiente anexo.

NIVEL DE ATENCION: Todos los Niveles, DE ACUERDO CON LA IPSs A TRAVES DE LA QUE SE PRESTA EL SERVICIO.

No. DE CAMAS: LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS: LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CLAIMS MADE - Para siniestros por actos erroneos ocurridos a partir de las 24 horas del 30/06/2011 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 y cuyos efectos sean reclamados por primera vez al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la poliza de Seguros del Estado. (siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. y que no exista periodo de interrupcion con seguros del estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al asegurado o asegurador.

CONDICIONADO GENERAL:FORMA 12/08/2019-1329-P-06-0000000E-RC-004A-DOOI

En adiccion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

LIMITE ASEGURADO: POLIZA DUAL - \$1.000.000.000

SUBLIMITE OCURRENCIA: \$1.000.000.000

SUBLIMITE CLAIMS MADE: \$600.000.000





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluira los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

La cobertura prevista u otorgada en la presente poliza opera en los siguientes eventos:

1. Cuando exista una poliza adicional mediante la cual se cubra la responsabilidad civil profesional de la salud que pueda serle imputable a cada una de las IPS de la RED y por cuyo evento sea llamado a responder el asegurado EPS SOS, siempre que la poliza adicional tenga un valor asegurado minimo de 200 millones de pesos.

2. Cuando la poliza adicional de las IPS conforme el ordinal anterior, tenga un valor asegurado inferior a 200 millones de pesos, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000).

3. Cuando las IPS no hayan tomado una poliza adicional conforme el numeral primero precedente, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)

#### RELACION DE PROFESIONALES:

Bajo la cobertura otorgada por esta poliza se cubre la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado SOS EPS SA, derivada de la actividad de la salud del asegurado por los errores u omisiones del personal de la salud a su servicio y al servicio de las IPS de la red.

#### COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Adicional a lo anterior, la cobertura otorgada por la presente poliza se extiende a cubrir los siniestros por actos erroneos ocurridos a partir de las 24 horas del 30/06/2011 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 y cuyos efectos sean reclamados por primera vez al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la poliza de Seguros del Estado. (siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. y que no exista periodo de interrupcion con seguros del estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al asegurado o asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de danos materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

#### 2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

##### 2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

##### 2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

##### 2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (Este sublimite opera exclusivamente en modalidad Ocurrencia pura, bajo el sublimite de ocurrencia de esta poliza).

A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.

B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.

C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a \$100.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

#### 2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

##### COBERTURA

##### SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA

Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.

- AMPARO BASICO	
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	Hasta 100% del limite asegurado por evento y vigencia
- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:	Hasta 100% del limite asegurado por evento y vigencia
- GASTOS DE DEFENSA	Por Evento: Hasta \$20.000.000 Por Vigencia: Hasta \$100.000.000

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% de los gastos incurridos

#### DEMÁS AMPAROS:

- OCURRENCIA: 15% de la perdida - minimo \$25.000.000
- CLAIMS MADE: 15% de la perdida - minimo \$25.000.000

#### EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones judiciales o extrajudiciales donde el personal de la salud interviniente en la atencion en salud que dio origen a la reclamacion no se encuentren reportados en esta poliza, llamase AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.
2. Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
3. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
4. Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.
5. Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

6.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.

7.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

9.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anormalidades congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

10.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

11.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:

I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

12.Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.

13.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

14.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.

15.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

16.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

17.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.

18.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

19.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:

A.Que el caso no corresponda a su especialidad?

B.Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?

C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,

Caso en el cual SEGUROESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

20.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.

21.Violacion del secreto profesional.

22.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

23.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

24.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

25.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

26.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

27.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.

28.Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

29.Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

30.Organismos patogenicos.

31.Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuaticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

32.Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

33. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones marítimas o fluviales.

34. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

35. Responsabilidad civil patronal, prácticas laborales incorrectas o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevención de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad social semejante, sea pública o privada.

36. Responsabilidad civil de directores y administradores.

37. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I- Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones bélicas (con o sin declaración o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motín, conmoción civil o alborotos populares que revelen el carácter de o como consecuencia de, asonada, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, conspiración, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscación, requisa, nacionalización o detención por cualquier poder civil o militar legítimo o usurpado, destrucción daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexión con cualquier grupo u organización cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presión sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.

II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesión, estrago o interrupción o comisión de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.

38. Cualquier acto, error, omisión u obligación que involucre asbesto, su uso, exposición, presencia, existencia, detección, remoción, eliminación en cualquier ambiente, construcción o estructura.

39. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creación hayan contribuido directa o indirectamente:

I- La acción de energía atómica

II- Radiaciones ionizantes, o contaminación por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustión de material nuclear. Explosión, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutación de núcleos de átomos de radioactividad.

III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Así como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, así como cualquier instrucción o petición para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

40. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su carácter de funcionarios o servidores públicos según lo define la ley correspondiente.

41. Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.

42. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas, teléfono.

43. El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza, así como también los daños causados por la acción paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollín, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

44. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

45. La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, súbito e imprevisto.

46. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, así como el uso de armas de fuego.

47. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la póliza.

48. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Así como la inobservancia o violación de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

49. Hurto, falsificación, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiación indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

50. Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.

51. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento médico.

52. Perjuicios derivados de actos médicos cometidos fuera de la República de Colombia.

EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURO no será responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

53. Procedimientos sin la autorización para realización de la cirugía e intervención, diligenciada y firmada por:

a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deberá estar firmada por los padres o acudientes.

b) El (os) Médico(s) tratante(s) y

c) La Enfermera asistente o un testigo

54. Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.

55. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el consentimiento informado.

56. El prestador de servicios de salud no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitácora diaria.

57. El prestador de servicios de salud, no mantenga la historia clínica del paciente al día o no lleve la historia clínica bajo los parámetros establecidos por la ley.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	6
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

58.Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 o los demas que lo reglamenten y/o lo modifiquen.  
59.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.  
60.La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.  
61.No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.  
62.Se excluyen reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el servicio de alquiler de quirofanos. Asi como reclamaciones por intervenciones quirurgicas de tipo estetico o no quirurgicas de tipo estetico.  
63.Exclusion de enfermedad transmisible: LMA5394 -96 (SDE - Agosto 2020).  
1.Este contrato excluye cualquier perdida, daño, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultado de, derivado de o en conexion con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultaneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.  
2.Como se usa en este documento:  
a)Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacion o variacion de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:  
I.La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parasito, u otro organismo o cualquier variacion de este, ya sea que se considere vivo o no, y  
II.El metodo de transmision ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmision por el aire, transmision de fluidos corporales, transmision desde o hacia cualquier superficie, u objeto; solido, liquido o gaseoso; o entre organismos.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

#### CONDICIONES ADICIONALES:

- FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.  
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.  
- CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.  
- PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.  
A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:  
-Someter por escrito su solicitud al asegurador  
-Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura  
-Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.  
-Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.  
El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.  
Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.









**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>CALI</b>	SUCURSAL <b>CALI</b>	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No. <b>45-03-101013159</b>	ANEXO No. <b>8</b>
TOMADOR <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT <b>805.001.157-2</b>	
DIRECCION <b>AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55</b>			CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>	TELEFONO <b>4898686</b>
ASEGURADO <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S</b>			NIT <b>805.001.157-2</b>	
DIRECCION <b>AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55</b>			CIUDAD <b>CALI, VALLE</b>	TELEFONO <b>4898686</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>30 / 06 / 2022</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2022</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2023</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2022</b> HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>30 / 06 / 2023</b>	
INTERMEDIARIO <b>WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE</b>		CLAVE <b>991131</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPañA <b>COASEGURO CEDIDO</b>
CLIENTE		% PARTICIPACION		

### INFORMACION DEL RIESGO



#### PAGINA WEB



#### CORRESPONSALES BANCARIOS



#### Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



**Banco de Bogotá**



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****587,302,563.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****111,587,486.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****698,890,050.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 31.03.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

#### FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415)7709998021167(8020)11011637847407(3900)000698890050(96)20220814

REFERENCIA  
PAGO:

1101163784740-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

TOMADOR: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S  
NIT: 805.001.157

ASEGURADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S  
NIT:805.001.157

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

TIPO DE INSTITUCION:EPS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Propietario y/u operador de la empresa promotora de servicios de salud conocida como EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A - EPS

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:

La presente cobertura aplica cuando la actividad asegurada se desarrolle dentro de los establecimientos de Sanidad propios y en convenio (de la red), reportados en la poliza:

- CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
- FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
- COMFAMILIAR RISARALDA
- MEDICARTE S.A.
- CLINICA VERSALLES S.A
- FUNDACION UNION DE LUCHA CONTRA EL CANCER UNICANCER
- CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A
- FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL
- INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
- R.T.S. S.A.S
- ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.
- CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
- FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
- AUDIFARMA S.A
- CLINICA LA ESTANCIA S.A
- MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A. MEDEX
- CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S
- INVERSIONES DUMIAN EU
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
- SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.
- CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
- SALUD FLORIDA

CUALQUIER IPS CONTRATADA POR EL ASEGURADO ADICIONAL A LAS DE ESTE LISTADO, SE DEBE REPORTAR EN LA POLIZA. AMPARO AUTOMATICO DE 60 DIAS PARA EL AVISO/REPORTE.

NIVEL DE ATENCION: Todos los Niveles, DE ACUERDO CON LA IPSs A TRAVES DE LA QUE SE PRESTA EL SERVICIO.

No. DE CAMAS: LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS: LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CLAIMS MADE - Para siniestros por actos erroneos ocurridos a partir de las 24 horas del 30/06/2012 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 y cuyos efectos sean reclamados por primera vez al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la poliza de Seguros del Estado. (siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. y que no exista periodo de interrupcion con seguros del estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al asegurado o asegurador.

CONDICIONADO GENERAL:FORMA 31/03/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

En adiccion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 31/03/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO: POLIZA DUAL - \$1.000.000.000





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SUBLIMITE OCURENCIA: \$1.000.000.000

SUBLIMITE CLAIMS MADE: \$600.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluir los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y dems gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion.

La cobertura prevista u otorgada en la presente poliza opera en los siguientes eventos:

1. Cuando exista una poliza adicional mediante la cual se cubra la responsabilidad civil profesional de la salud que pueda serle imputable a cada una de las de la RED y por cuyo evento sea llamado a responder el asegurado EPS SOS, siempre que la poliza adicional tenga un valor asegurado minimo de 200 millones de pesos.

2. Cuando la poliza adicional de las conforme el ordinal anterior, tenga un valor asegurado inferior a 200 millones de pesos, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000).

3. Cuando las no hayan tomado una poliza adicional conforme el numeral primero precedente, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)

#### RELACION DE PROFESIONALES:

Bajo la cobertura otorgada por esta poliza se cubre la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado SOS EPS SA, derivada de la actividad de la salud del asegurado por los errores u omisiones del personal de la salud a su servicio y al servicio de las IPSs de la red.

#### COBERTURAS:

1. AMPARO BSICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizar hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

Adicional a lo anterior, la cobertura otorgada por la presente poliza se extiende a cubrir los siniestros por actos erroneos ocurridos a partir de las 24 horas del 30/06/2012 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 y cuyos efectos sean reclamados por primera vez al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la poliza de Seguros del Estado. (siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. y que no exista periodo de interrupcion con seguros del estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al asegurado o asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Cuando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducir en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Pargrafo: SEGURESTADO, indemnizar los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

#### 2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

##### 2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

No obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las dems exclusiones señaladas en el capítulo II de este condicionado.

##### 2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (Este sublimite opera exclusivamente en modalidad Ocurrencia pura, bajo el sublimite de ocurrencia de esta poliza).

A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.

B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.

C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operar en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podr ser inferior a \$100.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las S con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el rea administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

#### 2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizar al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa sern reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocer como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la cartula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagarn por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA
	Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
=====	
- AMPARO BASICO	
- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	Hasta 100% del limite asegurado por evento y vigencia
- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	
-----	
- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:	Hasta 100% del limite asegurado por evento y vigencia
-----	
- GASTOS DE DEFENSA	Por Evento: Hasta \$20.000.000 Por Vigencia: Hasta \$100.000.000
-----	

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% de los gastos incurridos

DEMÁS AMPAROS:

OCURRENCIA: 15% de la perdida - minimo \$20.000.000

CLAIMS MADE: 15% de la perdida - minimo \$20.000.000

#### EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGURESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones judiciales o extrajudiciales donde el personal de la salud interviniente en la atencion en salud que dio origen a la reclamacion no se encuentren reportados en esta poliza, llmese AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

2.Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.

3.Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.

4.Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.

5.Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estn legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.

6.Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.

7.Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

8.Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.

9.Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anomalías congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.

10.Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.

11.Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.

Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:

I-Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.

II-Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.

III-Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

12.Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.

13.Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.

14.Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de carcter administrativo.

15.Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.

En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.

Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.

16.Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.

17.Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditadas para este fin.

18.Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.

19.Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podr excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:

A.Que el caso no corresponda a su especialidad

B.Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya

C.Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,

Caso en el cual SEGURESTADO, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo bsico, respaldar al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.

20.Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.

21.Violacion del secreto profesional.

22.Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.

23.Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan ms all del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

24.Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.

25.Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.

26.La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.

27.Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

28. Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

29. Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.

30. Organismos patogenicos.

31. Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acuticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.

32. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD).

33. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.

34. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.

35. Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.

36. Responsabilidad civil de directores y administradores.

37. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:

I-Guerra, invasion, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones belicas (con o sin declaracion o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motin, conmocion civil o alborotos populares que revelen el carcter de o como consecuencia de asonada, sublevacion militar, insurreccion, rebelion, revolucion, conspiracion, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del pais, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscacion, requisas, nacionalizacion o detencion por cualquier poder civil o militar legitimo o usurpado, destruccion daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexcion con cualquier grupo u organizacion cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presion sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.

II-Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.

38. Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.

39. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquiera de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:

I-La accion de energia atomica

II-Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de tomos de radioactividad.

III-La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.

40. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su carcter de funcionarios o servidores publicos segun lo define la ley correspondiente.

41. Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.

42. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.

43. El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcnica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.

44. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

45. La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subitico e imprevisto.

46. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego

47. Cargue o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.

48. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.

49. Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.

50. Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.

51. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico

52. Perjuicios derivados de actos medicos cometidos fuera de la republica de Colombia.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGUERESTADO no ser responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

53. Procedimientos sin la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
- El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad deber estar firmada por los padres o acudientes.
  - El (os) Medico(s) tratante(s) y





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	8
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

c) La Enfermera asistente o un testigo  
54. Perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo con las recomendaciones del fabricante del equipo.  
55. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disetimiento informado.  
56. El prestador de servicios de salud no lleve control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad en una bitcora diaria.  
57. El prestador de servicios de salud, no mantenga la historia clinica del paciente al dia o no lleve la historia clinica bajo los parmetros establecidos por la ley.  
58. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el incumplimiento de las disposiciones de la Resolucion No. 2654 de 2019 y del Decreto Legislativo No. 538 de 2020 o los dems que lo reglamenten y/o lo modifiquen.  
59. La prestacion de servicios de salud en la modalidad de teleorientacion y de teleapoyo.  
60. La prestacion de servicios de salud en la modalidad de telemedicina cuando sea prestada por estudiantes o que siendo graduados no cuenten con la tarjeta profesional en el momento de la atencion en salud.  
61. No tienen cobertura bajo esta poliza, aquellos eventos derivados de la actividad profesional medica, amparados por otro contrato de seguro expedido por Seguros del Estado.  
62. Se excluyen reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con el servicio de alquiler de quirofanos. Asi como reclamaciones por intervenciones quirurgicas de tipo estetico o no quirurgicas de tipo estetico.  
63. Exclusion de enfermedad transmisible: LMA5394 -96 (SDE - Agosto 2020).  
1. Este contrato excluye cualquier perdida, dano, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza, causado directa o indirectamente por, contribuido a, como resultado de, derivado de o en conexion con una enfermedad transmisible o el miedo, o la amenaza (ya sea esta real o percibida); de una enfermedad transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultaneamente o en cualquier secuencia con dicha enfermedad.  
2. Como se usa en este documento:  
a) Enfermedad transmisible significa cualquier enfermedad infecciosa, transmisible o contagiosa, o cualquier mutacion o variacion de esta, que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo, incluidos, entre otros, los siguientes:  
I. La sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parsito, u otro organismo o cualquier variacion de este, ya sea que se considere vivo o no, y  
II. El metodo de transmision ya sea directo o indirecto, incluye, entre otros, transmision por el aire, transmision de fluidos corporales, transmision desde o hacia cualquier superficie, u objeto; solido, liquido o gaseoso; o entre organismos.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

#### CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.  
AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.  
CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.  
PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clusula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.  
A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado deber hacer lo siguiente:  
- Someter por escrito su solicitud al asegurador  
- Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura  
- Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.  
- Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.  
El asegurador mantendr vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.  
Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI	SUCURSAL CALI	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 45-03-101013159	ANEXO No. 9
TOMADOR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT 805.001.157-2	
DIRECCION AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55			CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO 4898686
ASEGURADO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S			NIT 805.001.157-2	
DIRECCION AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55			CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO 4898686
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 30 / 06 / 2023	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2023		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2024	
VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2023		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2024		
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE	CLAVE 991131	% PARTICIPACION 100.00	COMPañIA COASEGURO CEDIDO	
			% PARTICIPACION	

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES DUAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES CYH	\$ 1,000,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA CYH	\$ 1,000,000,000.00		\$ 100,000,000.00
	E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH			\$ 1,000,000,000.00

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 20.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES CYH/E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA CYH

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA CYH - \$ 15,000,000.00, E&O - RESP CIVIL EXTRAC.CYH - \$ 1,000,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****607,685,769.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****115,460,296.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****723,146,066.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA  
PAGO:  
1101163889247-9

(415)7709998021167(8020)11011638892479(3900)000723146066(96)20230814

SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA  
DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DE VIDA

45-03-101013159

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

CIROLASSO

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

1





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

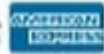
## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN CALI	SUCURSAL CALI	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 45-03-101013159	ANEXO No. 9
TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE TERCEROS AFECTADOS		NIT 805.001.157-2 TELEFONO 4898686 NIT 805.001.157-2 TELEFONO 4898686 NIT 0-0	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 30 / 06 / 2023	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2024		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2023 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 06 / 2024	
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORRE CLIENTE	CLAVE 991131	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION	

### INFORMACION DEL RIESGO



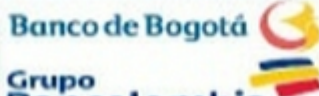
#### PAGINA WEB



#### CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio \*No aplica para transferencias



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ \*\*\*\*\*1,000,000,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ \*\*\*\*\*607,685,769.00

IVA: \$ \*\*\*\*\*115,460,296.00

TOTAL A PAGAR: \$ \*\*\*\*\*723,146,066.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEQUESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 CONTRATO.

CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45, TELÉFONO 6672954 - CALI

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

#### FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL \$	



(415)770998021167(8020)11011638892479(3900)000723146066(96)20230814

REFERENCIA  
PAGO:

1101163889247-9

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S NIT: 805.001.157  
ASEGURADO: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S NIT: 805.001.157  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY

TIPO DE INSTITUCION:EPS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Propietario y/u operador de la empresa promotora de servicios de salud conocida como EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS SOS S.A - EPS

SEDES SOBRE LAS CUALES SE EXTIENDEN LAS ACTIVIDADES MEDICAS AMPARADAS POR LA POLIZA, ASI:La presente cobertura aplica cuando la actividad asegurada se desarrolle dentro de los establecimientos de Sanidad propios y en convenio (de la red), reportados en la poliza:

- CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
- FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI
- COMFAMILIAR RISARALDA
- MEDICARTE S.A.
- CLINICA VERSALLES S.A
- FUNDACION UNION DE LUCHA CONTRA EL CANCER UNICANCER
- CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A
- FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL
- INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA
- R.T.S. S.A.S
- ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.
- CLINICA SAN FRANCISCO S.A.
- FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
- AUDIFARMA S.A
- CLINICA LA ESTANCIA S.A
- MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS S.A. MEDEX
- CLINICA CRISTO REY CALI S.A.S
- INVERSIONES DUMIAN EU
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
- SOCIEDAD N.S.D.R. S.A.
- CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
- SALUD FLORIDA

CUALQUIER IPS CONTRATADA POR EL ASEGURADO ADICIONAL A LAS DE ESTE LISTADO, SE DEBE REPORTAR EN LA POLIZA. AMPARO AUTOMATICO DE 60 DIAS PARA EL AVISO/REPORTE

NIVEL DE ATENCION:Todos los Niveles, DE ACUERDO CON LA IPSs A TRAVES DE LA QUE SE PRESTA EL SERVICIO.

No. DE CAMAS:LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

No. DE AMBULANCIAS:LAS DE LA RED DE IPSs DE LA EPS - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

SINIESTRALIDAD:SI - DE ACUERDO CON LO REPORTADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

TOTAL, RESERVAS:.....\$ 584.662.355  
HONORARIOS:.....\$ 79.484.184

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CLAIMS MADE - Para siniestros por actos erroneos ocurridos a partir de las 24 horas del 30/06/2013 y hasta las 23 horas y 59 minutos del 30/06/2019 y cuyos efectos sean reclamados por primera vez al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la poliza de seguros del estado. (siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con seguros del estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al asegurado o asegurador.

#### CONDICIONADO

GENERAL:FORMA 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

En adiccion a lo indicado en las condiciones generales, la presente poliza se rige por las condiciones particulares aqui descritas.

NOTA TECNICA: FORMA 07/10/2022 -1329-NT-P-06-RCCH-00-EO-GD-01

LIMITE ASEGURADO: POLIZA DUAL \$1.000.000.000





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SUBLIMITE OCURENCIA: \$1.000.000.000  
SUBLIMITE CLAIMS MADE: \$ 600.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad para la vigencia de la poliza e incluire los gastos de defensa (incluyendo las cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia, y se disminuye en igual proporcion al pago de indemnizacion

La cobertura prevista u otorgada en la presente poliza opera en los siguientes eventos:

1.Cuando exista una poliza adicional mediante la cual se cubra la responsabilidad civil profesional de la salud que pueda serle imputable a cada una de las de la RED y por cuyo evento sea llamado a responder el asegurado EPS SOS, siempre que la poliza adicional tenga un valor asegurado minimo de 200 millones de pesos.

2.Cuando la poliza adicional del conforme el ordinal anterior, tenga un valor asegurado inferior a 200 millones de pesos, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000).

3.Cuando las no hayan tomado una poliza adicional conforme el numeral primero precedente, caso en el cual Seguros del Estado S.A. aplicara un deducible sobre el valor a indemnizar adicional al pactado en la presente poliza, por la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000)

#### RELACION DE PROFESIONALES:

Bajo la cobertura otorgada por esta poliza se cubre la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado SOS EPS SA, derivada de la actividad de la salud del asegurado por los errores u omisiones del personal de la salud a su servicio y al servicio de las IPSs de la red

#### COBERTURAS:

1.AMPARO BASICO:

1.1RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL EN SALUD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, Y ANTE TAL SUPUESTO INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.

ADICIONAL A LO ANTERIOR, LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR - PARA SINIESTROS OCURRIDOS A PARTIR DE LAS 24 HORAS DEL 30/06/2013 Y HASTA LAS 23 HORAS Y 59 MINUTOS DEL 30/06/2019 Y CUYOS EFECTOS SEAN RECLAMADOS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O AL ASEGURADOR DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DE SEGUROS DEL ESTADO. (SIEMPRE QUE EL ASEGURADO HAYA TENIDO POLIZA DURANTE EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD. Y QUE NO EXISTA PERIODO DE INTERRUPCION CON SEGUROS DEL ESTADO). EN TODO CASO, LA FECHA DE OCURENCIA DEL EVENTO POR EL CUAL RECLAMAN, NO PODRA SER SUPERIOR A 10 AÑOS CONTADOS AL MOMENTO DE LA RECLAMACION AL ASEGURADO O ASEGURADOR.

LO ANTERIOR, A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, POR ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBERA MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA PREVIA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.

TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.

PARAGAFO: SEGURESTADO INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ACTOS ERRONEOS (VER DEFINICION SECCION III DEL CONDICIONADO GENERAL DE ESTA POLIZA), CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

1.2GASTOS DE DEFENSA: SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO PREVISTO EN LA POLIZA, PARA DICHA COBERTURA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.

LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO:

1.2.1 LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI		45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

1.2.2 SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE INDICADO EN LA CARATULA DE LA MISMA. TALES HONORARIOS DEBERAN SER CONSULTADOS POR ESCRITO PREVIAMENTE A SEGURESTADO, DE MANERA QUE LOS MISMOS SE AJUSTEN A LAS CONDICIONES DEL MERCADO Y LAS TARIFAS QUE MANEJEN DE MANERA GENERAL LOS COLEGIOS DE ABOGADOS EXISTENTES EN COLOMBIA.

1.2.3 EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SUJETO A LOS LIMITES O SUBLIMITES PREVISTOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO. PARA TODOS LOS PROCESOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS, SI EL ASEGURADO ES CONDENADO POR RAZON DE UNA CONDUCTA DOLOSA, DEBERA RESTITUIR A SEGURESTADO LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA QUE SE HUBIEREN RECONOCIDO.

#### 2. EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA

CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES DEL ASEGURADO Y/O TERCEROS, A CONSECUENCIA DE:

#### 2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN LA SECCION II DE ESTE CONDICIONADO.

#### 2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE EN FORMA COMPLETA Y OPORTUNA LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE O COMERCIALIZADOR.

#### 2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (Este sublimite opera exclusivamente en modalidad Ocurrencia pura, bajo el sublimite de ocurrencia de esta poliza).

SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), POR:

1. LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO.

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS, QUE EN TODO CASO SU VALOR ASEGURADO NO PODRA SER INFERIOR A \$100.000.000

PARAGRAFO: ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES Y APARATOS DE LAS IPSS CON LAS QUE TENGA CONVENIO EL ASEGURADO.

LA COBERTURA OTORGADA PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO (INCLUIDOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJEN EN EL AREA ADMINISTRATIVA) SE ENCUENTRA DENTRO DEL AMPARO DE RCE DE ESTA POLIZA, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.

#### LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA	SUBLIMITE
	Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adicion al mismo.
AMPARO BASICO	POLIZA DUAL - \$1.000.000.000 SUBLIMITE OCURENCIA: \$1.000.000.000 SUBLIMITE CLAIMS MADE: \$600.000.000
SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS	
USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD	
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	Hasta 100% del PLO (Este sublimite opera exclusivamente en modalidad Ocurrencia





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

pura, bajo el sublímite de ocurrencia de esta poliza)

#### GASTOS DE DEFENSA

Por Evento: Hasta \$15.000.000  
Por Vigencia: Hasta \$100.000.000

#### DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA: 10% de los gastos incurridos  
DEMÁS AMPAROS: 15% de la pérdida - mínimo 20SMMLV

#### EXCLUSIONES:

Bajo este contrato SEGUERESTADO no será responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MÉDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATÓGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO O HASTA DOS (2) AÑOS DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2. DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3. RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, O QUE NO FIGURE DENTRO DE LA RELACIÓN DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA PÓLIZA.

4. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD DE LA SALUD O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5. PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD DE LA SALUD POR EL ASEGURADO O PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHÓLICAS, INTOXICANTES, ALUCINOGENAS O NARCÓTICAS.

6. PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACIÓN Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA O QUIEN HAGA SUS VECES- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MÉDICA (SOCIEDADES CIENTÍFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.

7. PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y QUE NO ESTÉN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCIÓN 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O REEMPLACEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN EN TALES CASOS.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS DE TIPO ESTÉTICO Y/O COSMÉTICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

10. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERUPCIÓN DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACIÓN DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIVABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MÉDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

IV-CUANDO LA VOLUNTAD DE LA MUJER SEA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (IVE) HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACIÓN, SIN ADUCIR CAUSAL ESPECÍFICA.

11. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISIÓN DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCIÓN CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIETADES MUTANTES.

13. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO O DAÑOS PUNITIVOS.

14. PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACIÓN IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA.

ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICIÓN DE PACIENTE.

15. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVEGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA PÓLIZA.

16. RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD ACREDITADA PARA ESTE FIN.

17. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18. TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE NO JUSTIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY.

EN CASO DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN JUSTIFICADA CONFORME A LA LEY, SEGUERESTADO RESPALDARÁ AL ASEGURADO ÚNICAMENTE EN LA COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LÍMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.

19. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS O PERJUICIOS POR EL SUMINISTRO DE DROGAS O MEDICAMENTOS QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.  
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.  
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO.  
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.  
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.  
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.  
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, O SIMILARES CON TAL CONNOTACION.  
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.  
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.  
29.DAÑOS ORIGINADOS O RELACIONADOS CON ORGANISMOS PATOGENOS, CONFORME SU DEFINICION MEDICO - CIENTIFICA.  
30.RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO. EN TODO CASO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA SI SE ENCUENTRA AMPARADA.  
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).  
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO. O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.  
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.  
34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.  
35.ACTIVIDADES REALIZADAS POR UN ASEGURADO QUE TOTAL O PARCIALMENTE SIRVA, COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA O ALTO EJECUTIVO DE CUALQUIER ENTIDAD, CUANDO LOS PERJUICIOS QUE SE LE RECLAMAN PROVENGAN DE DICHA ACTIVIDAD COMO MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA  
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:  
I-GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASION, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BELICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELION, REVOLUCION, INSURRECCION, O CONMOCION CIVIL ALCANZANDO LA PROPORCION DE, O LLEGANDO A CONSTITUIRSE EN UN LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.  
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.  
37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.  
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:  
I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA  
II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.  
III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.  
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIO O SERVIDOR PUBLICO SEGUN LO DEFINE LA LEY. EN TODO CASO SE ENCUENTRA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE LA SALUD ASEGURADA POR LA QUE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.  
40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.  
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.  
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.  
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.  
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.  
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.  
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	FOLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

47.EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES, ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. SIN PERJUICIO DE ELLO, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA ACTIVIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD SE ENCUENTRA AMPARADA.

48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.

49.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

50.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO O REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO SIN LAS AUTORIZACIONES EXIGIDAS EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE.

51.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

52.RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y/O MATERIALES CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS, CONTROL SOBRE EL USO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE O PROVEEDOR DEL EQUIPO.

53.CUANDO EL ASEGURADO NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADA, PARA LAS ACTUACIONES QUE REALICE EN EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD INDIVIDUAL.

54.EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES Y REQUISITOS VIGENTES EN MATERIA DE TELEMEDICINA Y TELESALUD.

55.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEAN PRESTADOS POR EL ASEGURADO EN FORMA INDEPENDIENTE, Y NO A TRAVES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD LEGALMENTE HABILITADO EN COLOMBIA.

56.PERJUICIOS DERIVADOS DE ACTOS MEDICOS COMETIDOS FUERA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EN ADICION A LAS EXCLUSIONES EN EL CONDICIONADO GENERAL, SE DEBEN TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES: Bajo este contrato SEGURESTADO no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

57.RECLAMACIONES JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES DONDE EL PERSONAL DE LA SALUD INTERVINIENTE EN LA ATENCION EN SALUD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACION NO SE ENCUENTREN REPORTADOS EN ESTA POLIZA, LLAMESE AUXILIAR, PROFESIONAL O ESPECIALISTA.

58.PROCEDIMIENTOS SIN LA AUTORIZACION PARA REALIZACION DE LA CIRUGIA E INTERVENCION, DILIGENCIADA Y FIRMADA POR:

A) EL PACIENTE, CUANDO ESTE SEA MAYOR DE EDAD. EN CASO DE SER UN MENOR DE EDAD DEBERA ESTAR FIRMADA POR LOS PADRES O ACUDIENTES.

B) EL (OS) MEDICO(S) TRATANTE(S) Y

C) LA ENFERMERA ASISTENTE O UN TESTIGO

59.PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.

60.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

61.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD NO LLEVE CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD EN UNA BITACORA DIARIA.

62.EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, NO MANTENGA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE AL DIA O NO LLEVE LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS POR LA LEY.

63.RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA RESOLUCION NO. 2654 DE 2019 Y DEL DECRETO LEGISLATIVO NO. 538 DE 2020 O LOS DEMAS QUE LO REGLAMENTEN Y/O LO MODIFIQUEN.

64.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEORIENTACION Y DE TELEAPOYO.

65.LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA CUANDO SEA PRESTADA POR ESTUDIANTES O QUE SIENDO GRADUADOS NO CUENTEN CON LA TARJETA PROFESIONAL EN EL MOMENTO DE LA ATENCION EN SALUD.

66.NO TIENEN COBERTURA BAJO ESTA POLIZA, AQUELLOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, AMPARADOS POR OTRO CONTRATO DE SEGURO EXPEDIDO POR SEGUROS DEL ESTADO.

67.EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD CIBERNETICA: EL SEGURO PROVISTO POR ESTE ACUERDO NO SE APLICA A PERDIDAS O GASTOS QUE SURJAN O CONTRIBUYAN A UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES CASOS:

1. PERDIDA, ALTERACION O DAÑO A, CORRUPCION O REDUCCION DE LA FUNCIONALIDAD, DISPONIBILIDAD U OPERACION DE CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA ELECTRONICO DE DATOS, HARDWARE, PROCESO, PROGRAMA, SOFTWARE, DATOS, DEPOSITO DE INFORMACION, MICROCHIP, CIRCUITO INTEGRADO O DISPOSITIVO SIMILAR EN EQUIPOS INFORMATICOS O NO INFORMATICOS, YA SEA PROPIEDAD DEL ASEGURADO EN LA POLIZA DEL REASEGURADO O NO;

2. CUALQUIER ACCESO O DIVULGACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, DE PROPIEDAD U OTRA INFORMACION NO PUBLICA DE CUALQUIER PERSONA U ORGANIZACION EN CUALQUIER FORMA REGISTRABLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LOS GASTOS ASOCIADOS CON LA NOTIFICACION, REPARACION, MITIGACION O PREVENION DE UNA VIOLACION DE SEGURIDAD; O,

3. AMENAZAS DE EXTORSION, FRAUDE Y ROBO QUE INVOLUCREN CUALQUIER COMPUTADORA, SISTEMA INFORMATICO, SOFTWARE, PROCESO O PROGRAMA INFORMATICO, SITIO WEB O CUALQUIER OTRO SISTEMA DE DATOS ELECTRONICOS O CUALQUIER INFORMACION CONFIDENCIAL, PERSONAL, PRIVADA U OTRA INFORMACION NO PUBLICA.

68.EXCLUSION DE INCUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS: SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DE REALIZAR NINGUN PAGO POR PERDIDA BAJO ESTE CONTRATO CAUSADO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, DERIVADO DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADO CON:

1.EL HECHO DE QUE EL ASEGURADO NO TOME MEDIDAS RAZONABLES PARA OBSERVAR Y CUMPLIR CON LAS LEYES APLICABLES, LAS NORMAS GUBERNAMENTALES Y LAS DIRECTRICES OFICIALES SOBRE:

a.UN BROTE REAL O SOSPECHADO DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE; O

b.LA AMENAZA O EL MIEDO A UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE (YA SEA REAL O PERCIBIDA); O

2.EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO DE SEGUIR UN PLAN DE GESTION DE CRISIS QUE ABORDE LOS PASOS MENCIONADOS EN (I) ARRIBA; O

3.EL ASEGURADO REAL O PRESUNTA:

a.FALLA PARA EVALUAR O REVELAR ADECUADAMENTE Y DE MANERA CONTINUA;

b.DECLARACIONES FALSAS Y ENGAÑOSAS EN RELACION CON; O

c.FALLA AL TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA MITIGAR, EL RIESGO QUE REPRESENTA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE PARA EL NEGOCIO, LOS EMPLEADOS, LOS PROVEEDORES, LOS CLIENTES, DEL ASEGURADO O PARA EL DESEMPEÑO FINANCIERO DEL ASEGURADO.

PARA PROPOSITOS DE ESTE ENDOSO, ENFERMEDAD TRANSMISIBLE HACE REFERENCIA A:

1) CORONAVIRUS Y CUALQUIER CEPA DE CORONAVIRUS O SUS SECUELAS;

2) NEUMONIA ATIPICA O CUALQUIER CEPA DE ESTA.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CALI	ANEXO DE RENOVACION	45-03-101013159	9
TOMADOR	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
ASEGURADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S	NIT	805.001.157-2
DIRECCION	AV DE LAS AMERICAS NRO. 23 N - 55 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	4898686
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias **calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.**

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS PROFESIONALES: 30 dias calendario contados desde la fecha del contrato de vinculacion del profesional de la salud, si transcurrido este tiempo no se ha reportado algun personal de salud en la poliza, toda la atencion en salud donde intervenga el dicho personal de la salud no tiene cobertura.

CLAUSULA NO ACUMULACION DE LIMITE ASEGURADO DE POLIZAS CONTRATADAS CON SEGUROS DEL ESTADO S.A: Cuando el tomador y/o asegurado contrate polizas con el proposito de respaldar un contrato en particular, es entendido que no se acumula el valor asegurado con otras polizas vigentes con Seguros del Estado, suscritas para el mismo tipo de riesgo, en consecuencia, operan en forma independiente y tampoco operan por capas o excesos de unas u otras.

PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACION PARA EVENTOS OCURRIDOS DENTRO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO (APLICA PARA SUBLIMITE CLAIMS MADE): mantener como viene: 12 o 24 meses Igualdad de terminos y condiciones con pago del 100% para 12 meses, y de 150% para 24 meses, de la ultima prima pagada. La presente clausula otorga a la entidad tomadora de la poliza, en caso de revocacion o no renovacion por parte de la aseguradora y siempre que la poliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un periodo 12 o 24 meses (de acuerdo a lo contratado por el cliente), la cobertura para las reclamaciones iniciadas contra el asegurado que este no conozca, por primera vez con posterioridad a la expiracion de la vigencia de la poliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en eventos adversos cuya responsabilidad sea imputable al asegurado ocurridos exclusivamente durante el periodo de retroactividad pactado.

A fin de obtener el endoso para la extension para la denuncia de reclamos el asegurado debera hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud al asegurador
- Enviar dicha solicitud dentro de los 30 dias anteriores a la finalizacion de la presente cobertura
- Determinar el termino de tiempo deseado para la extension, ya sea por un periodo de 1 o 2 años.
- Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

El asegurador mantendra vigente el endoso hasta cuando se agote la suma asegurada contratada para la ultima vigencia de la poliza, o se agote el periodo del endoso, cualquiera que suceda primero.

Prima a pagar cuando se otorgue el periodo adicional para notificaciones, conforme con las condiciones generales de la poliza.

No renovacion tacita o automatica: la poliza no sera renovada automaticamente, sino que, para efectos de su renovacion, el asegurado debera solicitar la renovacion con 30 dias calendario de anticipacion al vencimiento de la vigencia anualizada, y diligenciar una nueva solicitud con sus correspondientes anexos, SEGURESTADO presentara los terminos y condiciones de acuerdo con la evaluacion del riesgo que se efectue.

No se otorga restablecimiento del valor asegurado.

La presente poliza se expide como global para la actividad del cliente, bajo vigencias anualizadas, podra ser renovada o revocada, pero no se podran realizar movimientos de prorrogas.



SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, MAYO DE 2024

Doctora

**CARMEN CECILIA LÓPEZ GARCÍA**  
JUEZ PRIMERA CIVIL DEL CIRCUITO  
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA  
E.S.D.

<b>REFERENCIA:</b>	LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
<b>LLAMANTE:</b>	<b>SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS S.A.</b>
<b>LLAMADO:</b>	<b>CLÍNICA PALMIRA S.A.</b>
<b>PROCESO:</b>	RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
<b>DEMANDANTE:</b>	CARLOS DARÍO GÓMEZ CEBALLOS Y OTROS
<b>DEMANDADO:</b>	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD Y OTROS
<b>RADICACIÓN:</b>	2024-054
<b>EXPEDIENTE:</b>	76520310300120240005400

Cordial saludo,

**ANA MARÍA MARTÍNEZ RIOJA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Santiago de Cali, identificada con la cédula de Ciudadanía No. 1'143.857.326, actuando en el presente proceso como APODERADA ESPECIAL de **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S. A. SOS** identificada con NIT 805001157-2 y con domicilio principal en Cali, me permito mediante el presente escrito formular **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** dentro del presente proceso a la **CLÍNICA PALMIRA S.A.**, compañía identificada con NIT **891300047-6** con domicilio principal en la ciudad de Santiago de Cali con dirección Carrera 37 A No. 5B2 - 39; con dirección de notificación [judicial@clinicapalmira.com](mailto:judicial@clinicapalmira.com) representada por FERNANDO HUMBERTO BEDOYA identificado con cédula de ciudadanía número 16.258.259 en su calidad gerente, o por quien haga sus veces, para que conforme a la normatividad aplicable y encargada de regular el tema del llamamiento en garantía, se haga parte en el proceso de la referencia y ante una eventual condena proferida en contra de mi representada, Servicio Occidental de Salud, responda conforme los términos y condiciones contenidos en el contrato de prestación de servicios asistenciales del plan obligatorio de salud del régimen contributivo y del plan de atención complementario bajo la modalidad de evento suscrito entre EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS Y LA CLÍNICA PALMIRA S.A.

La presente solicitud la realizo con base en los siguientes:

#### I. HECHOS

**PRIMERO:** mi representada, Servicio Occidental de Salud suscribió con la llamada en garantía un contrato para prestación de servicios asistenciales bajo la modalidad de evento identificado con el consecutivo No. 1343 con inicio de vigencia 01 de FEBRERO de 2013 y prórroga automática anual.

**SEGUNDO:** dentro del contrato de prestaciones de servicios de salud suscrito se pactó en la cláusula décima sexta lo siguiente.

**Décima Sexta. Responsabilidad legal derivada de la prestación de los servicios médicos.** EL CONTRATISTA asumirá a partir del ingreso a sus instalaciones de los afiliados de **EL CONTRATANTE**, la responsabilidad plena en materia patrimonial extracontractual, penal, civil y administrativa por la prestación del servicio. Para efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará la prestación de los servicios de salud y la relación MÉDICO-PACIENTE con plena autonomía técnico científica y administrativa; de esta manera cualquier responsabilidad surgida de dicha relación, será exclusiva de EL CONTRATISTA

**Parágrafo primero.-** El contratante no responderá por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por el contratista.

**Parágrafo segundo.-** Si por perjuicios causados a un afiliado remitido y/o atendido por EL CONTRATISTA, EL CONTRATANTE fuese notificado en proceso judicial o extrajudicial **EL CONTRATANTE** estará facultado para solicitar el llamamiento en garantía o ejercer la acción de repetición contra **EL CONTRATISTA**, para que este conozca y comparezca a los juicios de responsabilidad en que se le vincule.

**Parágrafo tercero.-** En caso que EL CONTRATANTE fuera condena en proceso de responsabilidad médica, en el cual haya quedado plenamente demostrado que el contratista incurrió en alguna de las causales de culpa, autoriza a EL CONTRATANTE para que repita en contra de éste los dineros que hubiere cancelado por culpa exclusiva de EL CONTRATISTA

**Parágrafo cuarto.-** En todos los casos de responsabilidad legal derivada de la prestación de servicios médicos EL CONTRATANTE podrá hacer exigible las garantías de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, requerida en la correspondiente cláusula de este contrato.

**TERCERO:** el proceso judicial dentro del que se realiza el presente llamamiento pretende imputar a mi representada una responsabilidad médica por concepto de error que alegan tuvo personal de la salud al servicio de los afiliados de Servicio Occidental de Salud SOS EPS S.A, que atendió a la familiar de los demandantes. Dentro de las Instituciones que prestaron servicio de salud a la paciente ROSA EMILDA GÓMEZ antes de su fallecimiento, se encuentra la CLÍNICA PALMIRA.

**SEXTO:** habida cuenta que una de las atenciones que se llevaron a cabo antes del hecho objeto de reproche alegado como daño en el presente trámite fue brindada a una afiliada de **ENTIDAD**



**PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S. A. SOS** en las instalaciones de IPS propiedad de la llamada en garantía, es válido el presente llamamiento para que, en cumplimiento del deber contractual adquirido entre las partes, ante una eventual condena contra mi representada, sea la llamada en garantía la que tenga el deber **de responder por los perjuicios que llegase a haber causado con su atención.**

Dadas las anteriores consideraciones fácticas, me permito formular ante su Despacho las siguientes:

## **II. PRETENSIONES**

- PRIMERA:** se admita el presente llamamiento en garantía.
- SEGUNDA:** se declare la existencia del contrato la modalidad de evento No. 1343 con inicio de vigencia 01 de Febrero de 2013, vigente a la fecha de los hechos objeto de reproche en la presente demanda.
- TERCERA:** que una vez se haya declarado el contrato de prestación de servicios, en virtud de lo pactado por las partes, según el contrato que se anexa al presente trámite, en caso de proferirse condena contra mi representada, se ordene a la entidad **CLÍNICA PALMIRA S.A.** al pago de los perjuicios a los que haya lugar, en cumplimiento a la obligación contractualmente adquirida.

El presente llamamiento lo realizo conforme los siguientes:

## **III. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

- Como principales se tiene los Art. 64 del Código General del Proceso y siguientes.

**Art. 64.-Llamamiento en garantía.** Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

**Art. 65.-Requisitos del llamamiento.** La demanda por medio de la cual se llame en garantía deberá cumplir con los mismo requisitos exigidos en el artículo 82 y demás normas aplicables.

El convocado podrá a su vez llamar en garantía.

**Art. 66** Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y

correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.

El llamado en garantía podrá contestar en un solo escrito la demanda y el llamamiento, y solicitar las pruebas que pretenda hacer valer.

En la sentencia se resolverá, cuando fuere pertinente, sobre la relación sustancial aducida y acerca de las indemnizaciones o restituciones a cargo del llamado en garantía.

**PARÁGRAFO.** No será necesario notificar personalmente el auto que admite el llamamiento cuando el llamado actúe en el proceso como parte o como representante de alguna de las partes.

- **Aunada a la normatividad previamente expuesta, sirven como fundamento al presente llamamiento** Arts. 1036 a 1089 del Código de Comercio, artículos 1494 y siguientes del C.C., 1602 y concordantes del C.C.

Evalúados los requisitos y condiciones que tiene la normatividad previamente relacionada para efectos de procedencia del llamamiento en garantía, se tiene que el realizado por mi representada a la **CLÍNICA PALMIRA S.A.** cumple con todos los requisitos del caso. Lo anterior, por cuanto es claro que Servicio Occidental de Salud tiene contratado con la llamada en garantía la prestación de servicio y en dicho contrato quedaron debidamente pactadas las consecuencias de una condena dentro de un proceso civil por concepto de perjuicios causados por profesionales de la salud de las instituciones encargadas de prestar la atención a los pacientes afiliados a mi representada. Por lo anterior, es válido afirmar que existe legitimidad por activa para mi poderdante presentar la debida reclamación a la entidad referida mediante la figura del llamamiento en garantía.

#### IV. PRUEBAS

Solicito Señor Juez, se sirva decretar como prueba dentro del llamamiento de la referencia las siguiente:

- **Documentales**

1. Certificado de existencia y representación de mi poderdante, poder especial conferido; documentos aportados con la contestación de la demanda
2. Copia certificado de existencia y representación legal de **CLÍNICA PALMIRA S.A.** y de su establecimiento de comercio.
3. Contrato para prestación de servicios asistenciales bajo la modalidad de evento No. 1343 con inicio de vigencia 01 de febrero de 2013.

- **Interrogatorio de parte**

Ruego ordenar y hacer comparecer a su despacho al representante legal de la llamada en garantía, FERNANDO HUMBERTO BEDOYA identificado con cédula de ciudadanía número 16.258.259 en su calidad gerente o quien haga sus veces, para que en audiencia pública absuelva interrogatorio que realizaré verbalmente sobre los hechos objeto de la demanda.

**V. ANEXOS**

Las pruebas documentales relacionadas en el numeral inmediatamente anterior.

**VI. NOTIFICACIONES**

La suscrita apoderada judicial de la parte demandada en Carrera 56 No 11 A – 88 Barrio Santa Anita de la Ciudad de Cali.

Mi representado en su domicilio principal Carrera 56 No 11 A – 88 Barrio Santa Anita de la Ciudad de Cali. [notificacionesjudiciales@sos.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@sos.com.co)

**CLÍNICA PALMIRA S.A.**, compañía identificada con NIT **891300047-6**, dirección Carrera 37 A No. 5B2 - 39; con dirección de notificación [judicial@clinicapalmira.com](mailto:judicial@clinicapalmira.com)

Téngase como dirección de la parte demandante la presentada en la demanda.

Cordialmente,



**ANA MARÍA MARTÍNEZ RIOJA**

C. C No. **1143857326** de Santiago de Cali, Valle del Cauca  
T. P. No. **282.173** del C. S de la J.