

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

3101310823

PÓLIZA No: 310 -87 - 994000000023

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **AVENIDA SUBA**

COD. AGE: 310

RAMO: 87

PAP:

DIA MES AÑO
17 01 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
16 01 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
16 01 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIAS

DIA MES AÑO
18 01 2022

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
16 01 2022 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
16 01 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DIAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 N. 7 - 56**

CIUDAD: **VILLET, CUNDINAMARCA**

TELÉFONO: **8444123**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 N. 7 - 56**

CIUDAD: **VILLET, CUNDINAMARCA**

TELÉFONO: **8444123**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA**

CIUDAD: **VILLET**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 No. 7-56**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - SALUD**

DESCRIPCION AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LIMITE POR EVENTO

ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS

\$ 200,000,000.00
200,000,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET - NIT 860.015.929-2**
ASEGURADO: **FUNCIONARIOS DESCRITOS EN EL FORMULARIO Y/O SOLICITUD DE SEGURO.**
BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

VALOR ASEGURADO:
AMPARO BASICO: **COP \$200.000.000**

OBJETO DEL SEGURO:
AMPARAR LOS PERJUICIOS O DETRIMENTOS PATRIMONIALES CAUSADOS A LA ENTIDAD TOMADORA DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE ACTOS INCORRECTOS Y/O DECISIONES COMETIDAS EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES DE INCORRECTAS, ADOPTADAS, EJECUTADAS Y/O INEJECUTADAS, PERO NUNCA DOLOSAS, POR LOS SERVIDORES PÚBLICOS EXPRESAMENTE MANIFESTADOS EN EL FORMULARIO, SOLICITUD DE SEGURO, CARTA DE SUBJETIVIDADES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, Y CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, CON LOS REGÍMENES DE RESPONSABILIDAD SIMILAR A LOS SERVIDORES PÚBLICOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

CONDICIONES GENERALES:
TEXTOS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SEGÚN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) CONTENIDAS EN LA FORMA NO. 04/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-35-D001 y 02/10/2020-1502-NT-P-06-P021020MGG18G180.
MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *****200,000,000.00**

VALOR PRIMA:
\$ *******8,000,000**

GASTOS EXPEDICION:
\$ ******15,000.00**

IVA:
\$ ******1,522,850**

TOTAL A PAGAR:
\$ *******9,537,850**

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
SEGUROS P&R SOCIEDAD LTDA

CLAVE
9544

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.



FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000310131082

FIRMA TOMADOR

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

Oficina Principal

CDD920790C0EFC765D

• Calle 100 No. 9A - 45 Pisos 3, 8 y 12 • PB • Bogotá, Colombia
Línea Solidaria: Bogotá 291 6868 - 018000 512 021 - #789 • www.solidaria.com.co

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000023 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN "CLAIMS-MADE", DONDE SE ENTIENDE POR "CLAIMS-MADE" LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBA O SE CONDENADO A PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, SUCEDIDAS, Y REPORTADAS Y/O NOTIFICADAS POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" -SI ESTA ÚLTIMA ES OTORGADA- COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES -SI ESTOS ÚLTIMOS SON OTORGADOS- CAUSADOS POR ALGÚN EVENTO AMPARADO BAJO LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PRESENTE PÓLIZA.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" QUE SE OTORGA ES A PARTIR DE ENERO 15 DE 2019, SIEMPRE Y CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO (SEGÚN CORRESPONDA) DE LA PRESENTE PÓLIZA DEMUESTRE EXPRESA E INEQUÍVOCAMENTE, QUE HA TENIDO COBERTURA DE MANERA ININTERRUMPIDA ENTRE LA FECHA EXPRESA Y ANTERIORMENTE CITADA, Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA. EN CASO DE PRESENTARSE INTERRUPCIÓN DE COBERTURA ENTRE LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" SERÁ LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL Y ELLO FUESE EXPRESAMENTE MENCIONADO EN EL FORMULARIO, SOLICITUD DE SEGURO, CARTA DE SUBJETIVIDADES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES.

AMPARO BÁSICO:

" SEGÚN TEXTOS DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PÓLIZA.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" HONORARIOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA EN EL AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD

"CLAIMS-MADE", DISTRIBUIDO ASÍ:

o POR PERSONA / PROCESO DE COP \$10.000.000.

o POR PERSONA / EVENTO DE COP \$20.000.000.

o POR EVENTO DE COP \$30.000.000.

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$10.000.000 POR EVENTO Y COP \$30.000.000 AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE".

" COSTAS DEL PROCESO: SEGÚN FALLO JUDICIAL, LIMITADO SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE".

" COBERTURA A LOS FUNCIONARIOS DE ENTIDADES ADSCRITAS O VINCULADAS A LA ENTIDAD TOMADORA: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR TOTAL ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA.

" COBERTURA A RECLAMACIONES DERIVADAS DE PRÁCTICAS DE DISCRIMINACIÓN LABORAL: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR TOTAL ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.

" DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES: SEGÚN LISTADO DE LA COMPAÑÍA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN A TAL VALOR ASEGURADO, DONDE VALOR ASEGURADO SE ENTIENDE COMO EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

" CLÁUSULA DE ARBITRAMIENTO: LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERÁN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO QUE ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACIÓN O JUZGADO EN BOGOTÁ.

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA: MEDIANTE LA PRESENTE CLÁUSULA SE DEJA CLARIDAD QUE EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE RENOVAR LA PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. EN TODOS LOS CASOS EL TOMADOR DEBERÁ APORTAR LA INFORMACIÓN QUE EL ASEGURADOR SOLICITE PARA DECIDIR SOBRE LA RENOVACIÓN, PREVIAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.

" DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

EXCLUSIONES:

SIN PERJUICIO DE LAS CONSIGNADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, ESTÁN LAS SIGUIENTES:

" RECLAMACIONES O LITIGIOS PENDIENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.

" CIRCUNSTANCIAS, DEMANDAS QUE ESTÉN O DEBIERAN ESTAR CUBIERTOS BAJO OTRA PÓLIZA COMO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, RESPONSABILIDAD CIVIL ERRORES Y OMISIONES (E&O), RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, MANEJO, INFIDELIDAD Y RIESGOS FINANCIEROS, COMMERCIAL CRIME, SUSTRACCIÓN, Y DEMÁS RELACIONADAS.

" SE EXCLUYEN LAS DEMANDAS DEL ESTADO EN CALIDAD DE ACCIONISTA.

" EXCLUSIÓN DE DEMANDAS DEL ASEGURADO CONTRA EL ASEGURADO.

" EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS AMPARADAS BAJO OTROS SEGUROS.

" EXCLUSIÓN DE FALLAS EN EL SUMINISTRO.

" EXCLUSIÓN DE CONVENIOS COLECTIVOS Y UNIONES O SINDICATOS LABORALES.

" EXCLUSIÓN DE BANCARROTA E INSOLVENCIA.

" OFERTA FUTURA DE CUALQUIER TIPO.

" NO SE CUBREN GASTOS DE DEFENSA CUANDO EL DEMANDADO SEA LA ENTIDAD.

CONDICIONES ESPECIALES:

Oficina Principal
• Calle 100 No. 9A - 45 Pisos 3, 8 y 12 • PBX 646 4330 - Bogotá, Colombia
Línea Solidaria: Bogotá 291 6868 - 018000 512 021 - #789 • www.solidaria.com.co

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310

RAMO: 87

Nº PÓLIZA: 994000000023 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" NO CONSTITUYEN RECLAMACIONES DE CARÁCTER LABORAL AMPARADAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA LAS QUE TENGAN POR OBJETO EL RECONOCIMIENTO DE SALARIOS, PRESTACIONES, INDEMNIZACIONES Y DEMÁS RETRIBUCIONES O COMPENSACIONES DE CARÁCTER ECONÓMICO EMANADAS DE UN CONTRATO DE TRABAJO.

" LOS GASTOS DE DEFENSA PENAL SE PAGARÁN POR REEMBOLSO, UNA VEZ DICTADO EL FALLO DE PRIMERA INSTANCIA, SIEMPRE Y CUANDO EL FUNCIONARIO ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO, EN IDÉNTICA FORMA SE PROCEDERÁ EN RELACIÓN CON LA SEGUNDA INSTANCIA SI LA HUBIERE.

" NO SE CUBREN GASTOS DE DEFENSA CUANDO EL DEMANDADO SEA LA ENTIDAD.

" TODOS LOS HONORARIOS PROFESIONALES DE LOS ABOGADOS SE PAGARÁN DE ACUERDO CON LOS SUBLÍMITES QUE SE HUBIEREN FIJADO EN LA PÓLIZA.

" SE ENTENDERÁ POR EVENTO UNA SOLA RECLAMACIÓN POR UNA MISMA CAUSA, EN DONDE PUEDEN ESTAR COMPROMETIDOS VARIOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO. LA CUANTÍA SE REFIERE AL PRESUNTO DETRIMENTO FISCAL CAUSADO POR LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

" NO SE AMPARA CUALQUIER RECLAMACIÓN DE TERCEROS QUE SURGEN O PROVENGAN DE UN HECHO, CIRCUNSTANCIA O EVENTO DE ADVERTENCIA EL CUAL INDUCIRÍA A UNA PERSONA RAZONABLE A CREER QUE PODRÍA DAR RESULTADO A UN RECLAMO DE UN TERCERO DONDE TAL HECHO, CIRCUNSTANCIA O EVENTO EL ASEGURADO ESTABA ADVERTIDO PREVIAMENTE A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD.

" PARA PROCESOS ANTE FISCALÍA, SE HARÁ REEMBOLSO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

" COBERTURA PARA CUALQUIER DIRECTIVO PASADO, PRESENTE Y FUTURO, DE ACUERDO CON LOS CARGOS ASEGURADOS.

" PARA QUE EXISTA COBERTURA DEL AMPARO DE GASTOS JUDICIALES SE ENTENDERÁ QUE LAS RECLAMACIONES SE ENCUENTRAN CUBIERTOS CUANDO LOS PROCESOS SE ENCUENTRAN EN LAS SIGUIENTES ETAPAS:

" PARA PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL CUANDO SE NOTIFIQUE LA APERTURA DEL PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, CONTRA CUALQUIERA DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS.

" LOS PROCESOS PENALES CON LA NOTIFICACIÓN DE LA CITACIÓN A INDAGATORIA.

" EN LOS PROCESOS CIVILES CON LA NOTIFICACIÓN DE LA DEMANDA.

" EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DISCIPLINARIOS CUANDO SE PROFIERA EL AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN.

" RESPONSABILIDAD TRANSFERIDA POR MUERTE, INCAPACIDAD E INSOLVENCIA DE LOS FUNCIONARIOS ASEGURADOS.

AMBITO TERRITORIAL:

" COBERTURA: LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA OPERA EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE RECLAMACIONES O PROCESOS ADELANTADOS EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR POR AUTORIDADES COLOMBIANAS.

" JURISDICCIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

CARGOS ASEGURADOS:

GERENTE.

SUBGERENTE ADMINISTRATIVO.

DIRECTOR CIENTÍFICO.

ASESOR DE CONTRATACION.

DOS (02) ASESORES JURIDICOS.

DEDUCIBLES:

TODA Y CADA PERDIDA: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

3101310807

PÓLIZA No: 310 -88 - 994000000017 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGE: 310

RAMO: 88

PAP:

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO HORAS

DIA MES AÑO HORAS

DIA MES AÑO

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS

DIA MES AÑO HORAS

VIGENCIA DESDE A LAS

VIGENCIA DESDE A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

DIRECCIÓN: CALLE 1 N. 7 - 56

CIUDAD: VILLET, CUNDINAMARCA

TELÉFONO: 8444123

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

DIRECCIÓN: CALLE 1 N. 7 - 56

CIUDAD: VILLET, CUNDINAMARCA

TELÉFONO: 8444123

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

CIUDAD: VILLET

DIRECCIÓN: CALLE 1 No. 7-56

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCIÓN AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LÍMITE POR EVENTO

DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO

\$ 500,000,000.00

RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL

500,000,000.00

USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA

500,000,000.00

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

500,000,000.00

GASTOS DE DEFENSA

500,000,000.00

0.00

0.00

0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET - NIT 860.015.929-2

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLET - NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE:

CALLE 1 NO. 7-56 - MUNICIPIO DE VILLET, CUNDINAMARCA

VALOR ASEGURADO:

COP \$500.000.000.

NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CLÍNICA Y/O CENTRO MEDICO:

SEGUNDO (II) NIVEL.

OBJETO DEL SEGURO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ***500,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****25,000,000

GASTOS EXPEDICIÓN:
\$ *****0.00

IVA:
\$ ****4,750,000

TOTAL A PAGAR:
\$ *****29,750,000

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
SEGUROS P&R SOCIEDAD LTDA

CLAVE
9544

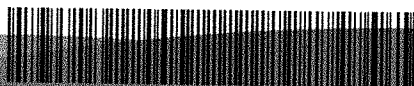
%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%PART

VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN EL LA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.



FIRMA ASEGURADOR

(415)770186100019(8028)00000000007000310131080

FIRMA TOMADOR

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

CDD9207900088765F

• Calle 100 No. 9A - 45 Pisos 3, 8 y 12 • PB 100-5 • Bogotá, Colombia
Línea Solidaria: Bogotá 291 6868 - 018000 512 021 - #769 - www.solidaria.com.co

Oficina Principal
Bogotá, Colombia

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000017 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLET

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

COBERTURA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO, SOLICITUD DE SEGURO, CARTA DE SUBJETIVIDADES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

CONDICIONES GENERALES:

TEXTOS ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SEGÚN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) CONTENIDAS EN LA FORMA NO. 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 Y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

MODALIDAD DE COBERTURA:

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN "CLAIMS-MADE", DONDE SE ENTIENDE POR "CLAIMS-MADE" LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBA O SE CONDENADO A PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, SUCEDIDAS, Y REPORTADAS Y/O NOTIFICADAS POR PRIMERA VEZ, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" -SI ESTA ÚLTIMA ES OTORGADA- COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES -SI ESTOS ÚLTIMOS SON OTORGADOS- CAUSADOS POR ALGÚN EVENTO AMPARADO BAJO LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PRESENTE PÓLIZA.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" QUE SE OTORGA ES A PARTIR DE ENERO 15 DE 2018, SIEMPRE Y CUANDO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO (SEGÚN CORRESPONDA) DE LA PRESENTE PÓLIZA DEMUESTRE EXPRESA E INEQUÍVOCAMENTE, QUE HA TENIDO COBERTURA DE MANERA ININTERRUMPIDA ENTRE LA FECHA EXPRESA Y ANTERIORMENTE CITADA, Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA, Y QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA. EN CASO DE PRESENTARSE INTERRUPCIÓN DE COBERTURA ENTRE LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA "FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD" SERÁ LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL Y ELLO FUESE EXPRESAMENTE MENCIONADO EN EL FORMULARIO, SOLICITUD DE SEGURO, CARTA DE SUBJETIVIDADES O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES.

AMPARO BÁSICO:

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE".

" RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "OCURRENCIA", POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" HONORARIOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 20% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA EN EL AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE", DISTRIBUIDO ASÍ:

- o POR PERSONA / PROCESO DE COP \$10.000.000.
- o POR PERSONA / EVENTO DE COP \$20.000.000.
- o POR EVENTO DE COP \$30.000.000.

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$10.000.000 POR EVENTO Y COP \$30.000.000 AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE".

" COSTAS DEL PROCESO: SEGÚN FALLO JUDICIAL, LIMITADO SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE".

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA AGREGADO VIGENCIA, EN COBERTURA MODALIDAD "OCURRENCIA".

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLIMITADO AL 25% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO PERO EN TODO CASO LIMITADO A 100 SMLV, Y AL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA EN EL AGREGADO VIGENCIA; EN COBERTURA MODALIDAD "CLAIMS-MADE", DONDE SE ENTIENDE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN.

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO 2 SMLV

GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MÍNIMO COP \$3.000.000.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMÁS CLAUSULAS:

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

" AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.

" DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES: SEGÚN LISTADO DE LA COMPAÑÍA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN A TAL VALOR ASEGURADO, DONDE VALOR ASEGURADO SE ENTIENDE COMO EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

" CLÁUSULA DE ARBITRAMIENTO: LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERÁN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO QUE ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACIÓN O JUZGADO EN BOGOTÁ.

CLIENTE

Oficina Principal
* Calle 100 No. 9A - 45 Pisos 3, 8 y 12 * PBX 646 4330 - Bogotá, Colombia
Línea Solidaria: Bogotá 291 6868 - 018000 512 021 - #789 - www.solidaria.com.co

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA

COD. AGENCIA: 310

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000017 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA: MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE DEJA CLARIDAD QUE EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE RENOVAR LA PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. EN TODOS LOS CASOS EL TOMADOR DEBERÁ APORTAR LA INFORMACIÓN QUE EL ASEGURADOR SOLICITE PARA DECIDIR SOBRE LA RENOVACIÓN, PREVIAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.

" DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

" TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

EXCLUSIONES:

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

" ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

" RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

" RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

" RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.

" RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

" RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.

" RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/U OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

" SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

" SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTÍAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS A CONTINUACIÓN MENCIONADAS. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

" CUMPLIR CON LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS QUE REGULAN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

" LLEVAR ADECUADO REGISTRO DEL SERVICIO MÉDICO PRESTADO, EN LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS, LA INSTITUCIONAL ÚNICA Y EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA CLÍNICA DE CADA SERVICIO. EN LA MISMA, EL ASEGURADO DEBERÁ ANOTAR EN FORMA CONCISA, VERAZ, ORDENADA Y PROLIJA, TODA SU ACTUACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, ASÍ COMO TODOS LOS DATOS OBJETIVOS ACERCA DEL PACIENTE Y DE SU ESTADO CLÍNICO, REALIZANDO ANAMNESIA, DIAGNÓSTICOS, INDICACIONES, EVOLUCIÓN, EPICRISIS Y CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA EN TODOS LOS CASOS.

" MANTENER PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS Y ANESTÉSICOS, PARTOGRAMA, REGISTROS DE MONITOREO CARDIOLÓGICO INTRAOPERATORIO, FETAL, Y EL RESULTADO DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS, TRANSCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA O ANEXOS A ELLA DE TAL FORMA QUE PUEDAN IDENTIFICARSE COMO CORRESPONDIENTES AL PACIENTE.

" VIGILAR QUE CADA HISTORIA CLÍNICA O FICHA DE CONSULTA, CONTENGA UN FORMULARIO QUE DEMUESTRE LA EXISTENCIA DE UN PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ACTO MÉDICO PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO PROGRAMADO DEL PACIENTE, QUE PERMITA DEMOSTRAR QUE EL PACIENTE Y/O QUIEN CORRESPONDA ENTENDIÓ LO EXPLICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, EN CUANTO A LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y/O ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO. DICHO FORMULARIO DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBERÁ TAMBIÉN ESTAR SUSCRITO POR EL O LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES.

" MANTENER LOS EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICA EN PERFECTAS CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO Y SEGUIR LAS NORMAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA E INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE PARA SU USO.

" EMPLEAR PERSONAL DEBIDAMENTE CAPACITADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO CUANDO SE PRACTIQUE ALGÚN TRATAMIENTO O EXAMEN O SERVICIO MÉDICO.