

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|----------|----|------|------|--------------------------|----|-------------------|-------|
| DD | MM | AAAA | DESD | DD | MM | AAAA | HASTA |
| 31 | 03 | 2018 | | 31 | 03 | 2019 | |
| | | | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | |
| | | | | | | NUEVA | |
| | | | | | | 2,500,000,000.00 | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|----------------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 225,520,000.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 42,848,800.00 |
| | | | | | TOTAL | | 268,368,800.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 225,520,000.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Gastos Médicos - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 300,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Gastos Médicos - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Daño Moral - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Daño Moral - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 0.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |

OBJETO DE LA POLIZA: INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS PROPIOS Y/O POR LOS QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN USUARIO QUE PRESTE EL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO (DE ACUERDO A RELACIÓN ADJUNTA - 18 CLÍNICAS) O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO DAVITA S.A.S. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORETE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOCUMENTOS QUE LLEGAREN A APORTAR SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

COBERTURAS:

• BASICO

Ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS GARANTÍAS Y DE LAS OBLIGACIONES DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000941

TOMADOR

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Nuevo FECHA DD MM AAAA 27 03 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|------------|-------|------------|--------------------------|----------|-------------------|
| DD MM AAAA | DESDE | DD MM AAAA | HASTA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN |
| 31 03 2018 | | 31 03 2019 | | | NUEVA |
| | | | | | 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|----------------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 225,520,000.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 42,848,800.00 |
| | | | | | TOTAL | | 268,368,800.00 |

vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica, si el servicio prestado fue durante la misma vigencia y dentro de los predios donde se preste el servicio

ALCANCE DE COBERTURA

Ampara la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurredos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica dentro de los predios asegurados.

Este amparo se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de:

1. Rresponsabilidad profesional por gestión inadecuada del asegurado durante los procesos de administración, prevención, evaluación y control de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud a la comunidad de usuarios que preste servicio al asegurado, siempre y cuando quede demostrado judicialmente que el acto médico nocivo generador del perjuicio a indemnizar, o el acto administrativo previo y relacionado a la atención médica, fue prestada indebidamente, como consecuencia directa de una falla en la gestión del asegurado sin que esto signifique que la presente póliza se extienda a cubrir las multas, sanciones o cualquier tipo de responsabilidad fiscal.

**La extensión de cobertura se realiza sobre reclamaciones solo de parte de terceros en calidad de pacientes y/o víctimas, fundadas exclusivamente en actos profesionales incorrectos en la prestación del servicio de salud

**Para la extensión de cobertura administrativa derivada del proceso de la prestación del servicio, se deja constancia que se ampara el daño emergente al 100% más el lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales. estos últimos sublimitados a \$ 200.000.000. por evento /vigencia (para los 2 amparos).

2. Cobertura directa y/o solidaria de Davita sas, por la prestación del servicio de 535 profesionales de la salud adscritos y sus respectivos cargos distribuidos en las diferentes instituciones de propiedad de Davita, de acuerdo a listado adjunto que hace parte integral de la presente póliza. dichos profesionales pueden ser reemplazados por los que ocupen su cargo ya sea por licencia, permiso o incapacidad, los profesionales en reemplazo también estarán cubiertos siempre y cuando este reemplazo obedezca a los cargos amparados y a que al momento del siniestro se demuestre efectivamente la situación de reemplazo y el vínculo con Davita sas - (cto laboral o prestación de servicios).

**Se deja constancia que para la anterior cobertura el personal asegurado es el que se encuentra relacionado en el listado adjunto, sin embargo, en virtud de la normal rotación, Davita sas, deberá reportar los cambios (Inclusiones o exclusiones) por periodos semestrales. si el siniestro ocurre entre el último y próximo reporte, y por ende no se ha incluido el profesional responsable y/o imputable de dicho siniestro o que no se encuentre incluido en ninguno de los listados por haber ingresado después de haber entregado el primer reporte y haberse retirado.

**en caso de que el evento suceda antes de entregar el segundo reporte y el medico no se encuentre relacionado, se deberá demostrar el vínculo laboral (contrato laboral o prestación de servicios o en su defecto certificación de gestión humana) y la ubicación dentro de los cargos amparados en el listado. cuando la inclusión de dicho profesional supera en número (los actualmente amparados) se debe pagar prima adicional.

3. Esta cobertura comprende la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos y tratamientos médicos con fines terapéuticos o de diagnóstico, así como también aparatos de Rayos X, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA REFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 3
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 | | 8 |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 | | 8 |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 | | TEL. 0 |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | PRIMA |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | TRM |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | PRIMA |
| | | | | CARGOS DE EMISIÓN |
| | | | | IVA |
| | | | | TOTAL |
| | | | | 268,368,800.00 |

4. Gastos de asistencia médica de emergencia realizados en ejercicio de una obligación legal y/o un deber humanitario.
En virtud de la esencia de la cobertura de la presente póliza se levantan las exclusiones 1 y 2 de la cláusula segunda del clausulado general adjunto".
Límite Asegurado:
Evento/ Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEXO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)
Queda cubierta por la responsabilidad civil extracontractual en que se vea involucrado por el uso de sus instalaciones: predios, camas, aparatos médicos, ascensores etc., de acuerdo a la cláusula segunda del clausulado general de responsabilidad civil extracontractual en su forma SU-OD-04-04- ABRIL – 2016, el cual también hace parte integral de la presente póliza, en cuanto a los amparos nombrados/cubiertos por ésta.
Se deja constancia que este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.
Límite Asegurado:
a. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES
Límite Asegurado:
b. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual
Nota: se deja constancia que se otorga el amparo de daño moral en el entendido que solo procede si existe un daño físico.
por medio de la presente cláusula se deja constancia que la compañía de seguros indemnizara hasta el límite asegurado, los perjuicios patrimoniales que sufra el asegurado, por las indemnizaciones que sea condenado a pagar contenidas en una sentencia judicial proferida por un juez de la república de Colombia o en laudo bajo un proceso arbitral, previamente consultado con la aseguradora y que correspondan a los conceptos de lucro cesante y daño moral ocasionados a bienes o personas como consecuencia de acontecimientos cubiertos en la vigencia de la póliza igualmente, responderá hasta dicho límite y por los mismos conceptos en los acuerdos de conciliación que realice el asegurado, con la autorización previa de la aseguradora.
En caso de reclamación directa del tercero afectado a la aseguradora, ésta responderá por el lucro cesante y daño moral debidamente probado por éste, causados a sus bienes o derivados de la muerte o lesiones corporales, a consecuencia de acontecimientos por los cuales sea responsable el asegurado, generados durante la vigencia de la póliza

Amparo: GASTOS DE DEFENSA
Límite Asegurado:

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------|--|----------|-------------------|---------------------------|----------------|
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | | COMPAÑIA | % | | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 225,520,000.00 |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 42,848,800.00 |
| | | | | | | | TOTAL | | 268,368,800.00 |

a. Evento/Vigencia: COP \$ 1.250.000.000 Por evento y en el agregado anual
Incluye los honorarios, costas y expensas, razonables y necesarios en los que, con el previo consentimiento de LA ASEGURADORA, se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado, fuere ésta fundada o infundada.
En caso de que LA ASEGURADORA haya pagado los gastos de defensa, anticipadamente o mientras se fueren causando, y con base en el resultado del proceso o la decisión correspondiente sea aplicable la causal de exclusión de dolo, el ASEGURADO deberá reembolsar a LA ASEGURADORA todas las sumas pagadas por concepto de gastos de defensa, dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que se presente la solicitud por parte de LA ASEGURADORA.
Amparo: GASTOS MEDICOS
Límite Asegurado:
a. Evento: COP \$100.000.000 b. Vigencia: COP \$300.000.000

Esta cobertura obedece a los gastos médicos razonables que se acusen dentro de los quince (15) días calendarios subsiguientes a la fecha del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros

Esta cobertura es adicional a la contenida en el amparo básico.

CONDICIONES Y CLAUSULAS ADICIONALES:

- Se deja constancia que la cobertura otorgada para el personal administrativo se encuentra dentro del amparo PLO de responsabilidad civil extracontractual, por ende, la cobertura profesional no se extiende a los mismos.
- Aviso de revocación o no renovación de la póliza hasta 60 días
- Restablecimiento del valor asegurado por solicitud del asegurado, por pago de siniestro, hasta dos veces en la vigencia de la póliza, con cobro de prima adicional
- La presente póliza se extiende a amparar La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 | | 8 |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 | | 8 |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 | | TEL. 0 |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | PRIMA |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | TRM |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | PRIMA |
| | | | | CARGOS DE EMISIÓN |
| | | | | IVA |
| | | | | TOTAL |
| | | | | 268,368,800.00 |

• Se incluye La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado siempre que se presente oportunamente el reporte del personal de práctica para la extensión de cobertura y cobros respectivos. El cobro de prima realizado para la anualidad no incluye este personal.

• No se cubre la responsabilidad solidaria respecto del transporte en ambulancia o en los servicios de traslado de pacientes, en caso tal que sea del interés cubrir esta responsabilidad el asegurado deberá presentar la solicitud por escrito junto con el listado de los vehículos utilizados en dichos servicios y la compañía lo otorgará realizando el cobro de prima a que haya lugar.

• Cualquier cambio, entrada, salida, reemplazo de profesionales de la salud que sean reportados al inicio de la vigencia de la póliza, deberán ser comunicados por periodos trimestrales a la aseguradora.

Obligaciones del Asegurado

Obligaciones del Asegurado
AVISO DEL SINIESTRO

1.2 aviso del siniestro: el asegurado deberá dar aviso a confianza s. a. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que su representante legal o apoderado asiste a la audiencia de conciliación pre-judicial o cuando reciba la notificación judicial respectiva.

*En caso de imposibilidad (argumentada) de cumplir con el término legal, se extenderá a quince (30) días hábiles contados a partir de la notificación de toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura, siempre que dicho término no exceda el plazo para comparecer y/o pronunciarse y sea el tiempo prudencial para que la compañía se pronuncie si es el caso. Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S. A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

1.3 Documentos varios: el asegurado está obligado a procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; como también a facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la asistencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial

TERMINO DE PRESCRIPCIÓN:

No obstante, lo estipulado en el párrafo anterior, sobre el plazo para el aviso del siniestro. Se deja claridad que para los términos de prescripción se cumplirá estrictamente lo dispuesto por los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por lo anterior en ningún caso se podrá interpretar que la aseguradora renuncia a los términos legales de

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 6
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|------|-----------|--------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2018 | HASTA | 31 | 03 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| | | | | | | 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | | COASEGURO | | | PRIMA | |
| % | NOMBRE | | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | PRIMA | PESOS |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS |
| | | | | | | IVA | PESOS |
| | | | | | | TOTAL | 268,368,800.00 |

• EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento. Se levanta la presente exclusión en casos en que la cirugía plástica o estética sea reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas
- Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente. (Literal M Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas. (Literal H Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos. . (Literal B Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- No aplica DIC/DIL para esta póliza, con respecto de las pólizas primarias
- Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales. (Literal L Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por enfermedades profesionales y de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado. (Literal C Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) . (Complementa el Literal I Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.
- Reclamaciones derivadas de la inejecución de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.
- Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional. . (Literal K Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- En el caso de odontólogos y ortodoncistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin. (Complemento Literal G Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 7
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 6028312 | |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 TEL. 0 | |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN |
| | | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | |
| | | TRM | MONEDA VALORES |
| | | PRIMA | PESOS 225,520,000.00 |
| | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS 0.00 |
| | | IVA | PESOS 42,848,800.00 |
| | | TOTAL | 268,368,800.00 |

el consentimiento del paciente.
15. Reclamaciones por daños genéticos. (Literal A Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
16. Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)
17. . Reclamaciones por el riesgo biológico

GARANTÍAS:
So pena de la declaratoria de nulidad de cobertura, el asegurado deberá:
• Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
• Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad, así como la verificación de los protocolos médicos.

- CEDES:**
1. AUTOPISTA NORTE NO. 103-35 BOGOTA CUNDINAMARCA
2. BARRANQUILLA ATLANTICO CRA 47 NO. 84-154
3. BUCARAMANGA SANTANDES CALLE 16 NO. 27-10
4. CALI NORTE VALLE DEL CAUCA CALLE 23C NORTE 3AN-35
5. CALI SUR VALLE DEL CAUCA CRA 44 NO. 9C-58 PISO 4
6. CENTRO LA 26 BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 26ª NO. 33ª-28
7. CUCUTA NORTE DE SANTANDER CALLE 1N NO. 10E-61
8. GESTION DEL RIESGO (MEDELLIN)ANTIOQUIA CALLE 56 NO. 41-28 SEGUNDO Y TERCER PISO
9. ITAGUI ANTIOQUIA CRA 51ª NO. 45-51 PISO 2
10. MANIZALES CALDAS CALLE 10 NO. 2C-10 CLINICA CARDIOVASCULAR DIASCORSA
11. MEDELLIN ANTIOQUIA CALLE 9C SUR NOR 50FF-116
12. MONTERIA CORDOBA CALLE 29 NO. 12-10
13. PERITONEAL SANTA MARGARITA BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 45ª NO. 103B-16
14. POPAYAN CAUCA CRA 9 NO. 8N-45 AV PANAMERICANA
15. RIOCHA LA GUAJIRA CRA 11ª NO. 13-70

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONOMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

| | | | |
|-------------|---------|---|---|
| SU-FO-10-01 | TOMADOR | (415)7709998911901(8020)0138000941 | COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA |
| | | DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO | Maria Juana Herrera Rodríguez CC: 52.420.586 |

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 8
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000941

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000941

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
27 03 2018

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 6028312 | |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 TEL. 0 | |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | |
| ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | |
| NUEVA 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | |
| PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | |
| TRM | MONEDA | VALORES | |
| PRIMA | PESOS | 225,520,000.00 | |
| CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | |
| IVA | PESOS | 42,848,800.00 | |
| TOTAL | | 268,368,800.00 | |

16. SAN CARLOS BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 12D NO. 32-44 SUR TORRE D PISO 3
17. SANTA MARIA DEL LAGO BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 73 NO. 72ª-09
18. SANTA MARTA MAGDALENA CALLE 14 NO. 15-25 AV EL LIBERTADOR
19. SINCELEJO SUCRE CRA 19 NO. 25-36
20. SOLEDAD ATLANTICO CALLE 6C-60
21. VILLAVICENCIO META CALLE 32 NO. 33-14

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000941

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:19:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 1

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|------------------|------------------|------------------|--------------------------|------------------|--|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE 31 03 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Gastos Médicos - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 300,000,000.00 | 300,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Gastos Médicos - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 100,000,000.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Daño Moral - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Daño Moral - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento | | 31-03-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |

OBJETO DE LA POLIZA: SEGUN COMUNICACION DE FECHA 5 DE ABRIL DEL 2018 SE INCLUYE LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "CONTRIBUTIVO" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 14 / 05 / 2013
2. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 00404-2017 SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "SUBSIDIADA" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 2017-11-21
3. CONTRATO # DNC-CB-0612-2015 DEL 2016-09-01 Y OTRO SI N° 01 - 02 -03 (CRUZ BLANCA)
4. CONTRATO N° 8822017 DEL 2017-12-11 (HOMI(FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA)
5. CONTRATO MEDIMAS RS NRO DC-0170-2017- suscrito el 2017-09-24 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
6. CONTRATO RC MEDIMAS NRO -DC-0146-2017-del 2017-09-29 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD)
8. CTTO NEFROPROTECCION NRO 0667-2017 del 2017-09-01 Y ADICION SAVIA CKD NRO 01 (SAVIA SALUD CKD)

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE ENVIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:38

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 2

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|------------------|------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE 31 03 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

PROPIOS Y/O POR LOS QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN USUARIO QUE PRESTE EL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO (DE ACUERDO A RELACIÓN ADJUNTA - 18 CLÍNICAS) O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO DAVITA S.A.S. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORTE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOCUMENTOS QUE LLEGAREN A APORTAR SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

COBERTURAS:

• BASICO
Ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica, si el servicio prestado fue durante la misma vigencia y dentro de los predios donde se preste el servicio

ALCANCE DE COBERTURA

Ampara la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica dentro de los predios asegurados.

Este amparo se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de:

1. Responsabilidad profesional por gestión inadecuada del asegurado durante los procesos de administración, prevención, evaluación y control de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud a la comunidad de usuarios que preste servicio al asegurado, siempre y cuando quede demostrado judicialmente que el acto médico nocivo generador del perjuicio a indemnizar, o el acto administrativo previo y relacionado a la atención médica, fue prestada indebidamente, como consecuencia directa de una falla en la gestión del asegurado sin que esto signifique que la presente póliza se extienda a cubrir las multas, sanciones o cualquier tipo de responsabilidad fiscal.

**La extensión de cobertura se realiza sobre reclamaciones solo de parte de terceros en calidad de pacientes y/o víctimas, fundadas exclusivamente en actos profesionales incorrectos en la prestación del servicio de salud

**Para la extensión de cobertura administrativa derivada del proceso de la prestación del servicio, se deja constancia que se ampara el daño emergente al 100% más el lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales. estos últimos sublimitados a \$ 200.000.000. por evento /vigencia (para los 2 amparos).

2. Cobertura directa y/o solidaria de Davita sas, por la prestación del servicio de

535 profesionales de la salud adscritos y sus respectivos cargos distribuidos en las diferentes instituciones de propiedad de Davita, de acuerdo a listado adjunto

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:38

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 3

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|--|-------------------|-------------------|------------------|---------|
| DD MM AAAA | | DD MM AAAA | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | |
| DESDE 31 03 2018 | | HASTA 31 03 2019 | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | | COMPAÑIA | % | | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | TOTAL | | 0.00 |
| | | | | | | | | | |

que hace parte integral de la presente póliza. dichos profesionales pueden ser reemplazados por los que ocupen su cargo ya sea por licencia, permiso o incapacidad, los profesionales en reemplazo también estarán cubiertos siempre y cuando este reemplazo obedezca a los cargos amparados y a que al momento del siniestro se demuestre efectivamente la situación de reemplazo y el vínculo con Davita sas - (cto laboral o prestación de servicios).

**Se deja constancia que para la anterior cobertura el personal asegurado es el que se encuentra relacionado en el listado adjunto, sin embargo, en virtud de la normal rotación, Davita sas, deberá reportar los cambios (inclusiones o exclusiones) por periodos semestrales. si el siniestro ocurre entre el último y próximo reporte, y por ende no se ha incluido el profesional responsable y/o imputable de dicho siniestro o que no se encuentre incluido en ninguno de los listados por haber ingresado después de haber entregado el primer reporte y haberse retirado.

**en caso de que el evento suceda antes de entregar el segundo reporte y el medico no se encuentre relacionado, se deberá demostrar el vínculo laboral (contrato laboral o prestación de servicios o en su defecto certificación de gestión humana) y la ubicación dentro de los cargos amparados en el listado. cuando la inclusión de dicho profesional supera en número (los actualmente amparados) se debe pagar prima adicional.

3. Esta cobertura comprende la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos y tratamientos médicos con fines terapéuticos o de diagnóstico, así como también aparatos de Rayos X, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

4. Gastos de asistencia médica de emergencia realizados en ejercicio de una obligación legal y/o un deber humanitario.

En virtud de la esencia de la cobertura de la presente póliza se levantan las exclusiones 1 y 2 de la cláusula segunda del clausulado general adjunto".

Límite Asegurado:

Evento/ Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEXO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)

Queda cubierta por la responsabilidad civil extracontractual en que se vea involucrado por el uso de sus instalaciones: predios, camas, aparatos médicos, ascensores etc., de acuerdo a la cláusula segunda del clausulado general de responsabilidad civil extracontractual en su forma SU-OD-04-04- ABRIL – 2016, el cual también hace parte integral de la presente póliza, en cuanto a los amparos nombrados/cubiertos por ésta.

Se deja constancia que este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Límite Asegurado:

b. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:38

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 4

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|----------|------|--------------------------|-------------------|---------|------------------|
| DD | MM | AAAA | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2018 | HASTA | 31 | 03 | 2019 |
| | | | | | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | PRIMA | | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | TRM | MONEDA | VALORES | |
| | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | |
| | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | |
| | | | | IVA | PESOS | 0.00 | |
| | | | | TOTAL | | 0.00 | |

Nota: se deja constancia que se otorga el amparo de daño moral en el entendido que solo procede si existe un daño físico. por medio de la presente cláusula se deja constancia que la compañía de seguros indemnizara hasta el límite asegurado, los perjuicios patrimoniales que sufra el asegurado, por las indemnizaciones que sea condenado a pagar contenidas en una sentencia judicial proferida por un juez de la república de Colombia o en laudo bajo un proceso arbitral, previamente consultado con la aseguradora y que correspondan a los conceptos de lucro cesante y daño moral ocasionados a bienes o personas como consecuencia de acontecimientos cubiertos en la vigencia de la póliza igualmente, responderá hasta dicho límite y por los mismos conceptos en los acuerdos de conciliación que realice el asegurado, con la autorización previa de la aseguradora. En caso de reclamación directa del tercero afectado a la aseguradora, ésta responderá por el lucro cesante y daño moral debidamente probado por éste, causados a sus bienes o derivados de la muerte o lesiones corporales, a consecuencia de acontecimientos por los cuales sea responsable el asegurado, generados durante la vigencia de la póliza

Amparo: GASTOS DE DEFENSA

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 1.250.000.000 Por evento y en el agregado anual

Incluye los honorarios, costas y expensas, razonables y necesarios en los que, con el previo consentimiento de LA ASEGURADORA, se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado, fuere ésta fundada o infundada.

En caso de que LA ASEGURADORA haya pagado los gastos de defensa, anticipadamente o mientras se fueren causando, y con base en el resultado del proceso o la decisión correspondiente sea aplicable la causal de exclusión de dolo, el ASEGURADO deberá reembolsar a LA ASEGURADORA todas las sumas pagadas por concepto de gastos de defensa, dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que se presente la solicitud por

parte de LA ASEGURADORA.

Amparo: GASTOS MEDICOS

Límite Asegurado:

a. Evento: COP \$100.000.000 b. Vigencia: COP \$300.000.000

Esta cobertura obedece a los gastos médicos razonables que se acusen dentro de los quince (15) días calendarios subsiguientes a la fecha del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros

Esta cobertura es adicional a la contenida en el amparo básico.

CONDICIONES Y CLAUSULAS ADICIONALES:

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:39

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 5
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|-----------|--|--------------------------------|--|--|-------------------|------------------------------|---------|---------------------------|--|---------------------------|--|
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | | | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | | | | ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | | | |
| % | NOMBRE | COMPAÑIA | | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | | | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | TOTAL | | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

• Se deja constancia que la cobertura otorgada para el personal administrativo se encuentra dentro del amparo PLO de responsabilidad civil extracontractual, por ende, la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

• Aviso de revocación o no renovación de la póliza hasta 60 días

• Restablecimiento del valor asegurado por solicitud del asegurado, por pago de siniestro, hasta dos veces en la vigencia de la póliza, con cobro de prima adicional

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

• Se incluye La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado siempre que se presente oportunamente el reporte del personal de práctica para la extensión de cobertura y cobros respectivos. El cobro de prima realizado para la anualidad no incluye este personal.

• No se cubre la responsabilidad solidaria respecto del transporte en ambulancia o en los servicios de traslado de pacientes, en caso tal que sea del interés cubrir esta responsabilidad el asegurado deberá presentar la solicitud por escrito junto con el listado de los vehículos utilizados en dichos servicios y la compañía lo otorgará realizando el cobro de prima a que haya lugar.

• Cualquier cambio, entrada, salida, reemplazo de profesionales de la salud que sean reportados al inicio de la vigencia de la póliza, deberán ser comunicados por periodos trimestrales a la aseguradora.

Obligaciones del Asegurado

Obligaciones del Asegurado
AVISO DEL SINIESTRO

1.2 aviso del siniestro: el asegurado deberá dar aviso a confianza s. a. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que su representante legal o apoderado asiste a la audiencia de conciliación pre-judicial o cuando reciba la notificación judicial respectiva.

*En caso de imposibilidad (argumentada) de cumplir con el término legal, se extenderá a quince (30) días hábiles contados a partir de la notificación de toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:39

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 6

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | |
|------------------|------------------------|--|--|------------------|--|--|--------------------------|------------------|--|-------------------|--------|------------------|--|
| DD MM AAAA | | | | DD MM AAAA | | | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | |
| DESDE 31 03 2018 | | | | HASTA 31 03 2019 | | | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | IVA | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | TOTAL | | | | 0.00 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura, siempre que dicho término no exceda el plazo para comparecer y/o pronunciarse y sea el tiempo prudencial para que la compañía se pronuncie si es el caso. Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S. A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

1.3 Documentos varios: el asegurado está obligado a procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; como también a facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la asistencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial

TERMINO DE PRESCRIPCION:

No obstante, lo estipulado en el párrafo anterior, sobre el plazo para el aviso del siniestro. Se deja claridad que para los términos de prescripción se cumplirá estrictamente lo dispuesto por los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por lo anterior en ningún caso se podrá interpretar que la aseguradora renuncia a los términos legales de

• EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento. Se levanta la presente exclusión en casos en que la cirugía plástica o estética sea reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas
- Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente. (Literal M Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas. (Literal H Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos. . (Literal B Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- No aplica DIC/DIL para esta póliza, con respecto de las pólizas primarias
- Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales. (Literal L Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
- Reclamaciones por enfermedades profesionales y de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado. (Literal C Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
C.C. 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:39

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

Página 7

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|--|--------------------------------|--|---|------------------------------|--|---------------------------|-------------------|---------------------------|---------|
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | | | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | | | ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | % | | | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | | | | | TOTAL | | 0.00 |

9. Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) . (Complementa el Literal I Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
10. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.
11. Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.
12. Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional. . (Literal K Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
13. En el caso de odontólogos y ortodoncistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin. (Complemento Literal G Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
14. Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
15. Reclamaciones por daños genéticos. (Literal A Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
16. Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)
17. . Reclamaciones por el riesgo biológico

GARANTÍAS:

So pena de la declaratoria de nulidad de cobertura, el asegurado deberá:

- Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
- Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad, así como la verificación de los protocolos médicos.

CEDES:

1. AUTOPISTA NORTE NO. 103-35 BOGOTA CUNDINAMARCA
2. BARRANQUILLA ATLANTICO CRA 47 NO. 84-154
3. BUCARAMANGA SANTANDES CALLE 16 NO. 27-10

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:39

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 8
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000950

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO:

Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
12 04 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|--|---------------------------|--------|---------------------------|--|
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2018 | | | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | | | | ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | IVA | | | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | TOTAL | | | | 0.00 | | |

4. CALI NORTE VALLE DEL CAUCA CALLE 23C NORTE 3AN-35
5. CALI SUR VALLE DEL CAUCA CRA 44 NO. 9C-58 PISO 4
6. CENTRO LA 26 BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 26ª NO. 33ª-28
7. CUCUTA NORTE DE SANTANDER CALLE 1N NO. 10E-61
8. GESTION DEL RIESGO (MEDELLIN)ANTIOQUIA CALLE 56 NO. 41-28 SEGUNDO Y TERCER PISO
9. ITAGUI ANTIOQUIA CRA 51ª NO. 45-51 PISO 2
10. MANIZALES CALDAS CALLE 10 NO. 2C-10 CLINICA CARDIOVASCULAR DIASCORSA
11. MEDELLIN ANTIOQUIA CALLE 9C SUR NOR 50FF-116
12. MONTERIA CORDOBA CALLE 29 NO. 12-10
13. PERITONEAL SANTA MARGARITA BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 45ª NO. 103B-16
14. POPAYAN CAUCA CRA 9 NO. 8N-45 AV PANAMERICANA
15. RIOCHA LA GUAJIRA CRA 11ª NO. 13-70
16. SAN CARLOS BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 12D NO. 32-44 SUR TORRE D PISO 3
17. SANTA MARIA DEL LAGO BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 73 NO. 72ª-09
18. SANTA MARTA MAGDALENA CALLE 14 NO. 15-25 AV EL LIBERTADOR
19. SINCELEJO SUCRE CRA 19 NO. 25-36
20. SOLEDAD ATLANTICO CALLE 6C-60
21. VILLAVICENCIO META CALLE 32 NO. 33-14

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONOMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:24:39

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

Página 1

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | |
|----------|----|------|------|--------------------------|----|------|------|------------------|-------------------|------------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 02 | 05 | 2018 | HASTA | 31 | 03 | 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Gastos Médicos - Vigencia | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 300,000,000.00 | 300,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Gastos Médicos - Evento | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 100,000,000.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Daño Moral - Vigencia | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Daño Moral - Evento | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento | | 02-05-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |

OBJETO DE LA POLIZA: SEGUN COMUNICACION DE FECHA 2 DE MAYO DEL 2018 SE INCLUYE EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ASESORIA EN LA IMPRELEMENTACION DE SERVICIOS DE DIALISIS Y NEFROLOGIA ENTRE DAVITA Y PROYECTAR SALUD S.A.S. LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO ES DE 4 MESES. (INCLUSION NUMERO 9)

SE INCLUYE ACTA DE PRORROGA Y ADICION NO. 2 AL CONTRATO DE SERVICIOS NO. 014S-2017 EL CUAL YA ESTA INLCUIDO EN ESTA POLIZA COMO NUMETA 8 DE MAS ADELANTE. (INCLUSION 10)

ADICIONALMENTE SE INCLUYE LA SIGUIENTE NOTA :

* LA COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR LA EJECUCION DE HASTA 20 CONTRATOS SUSCRITOS DENTRO DE UNA MISMA ANUALIDAD, CUALQUIER INCLUSION DE COBERTURA QUE SUPERE DICHA CANTIDAD TENDRA COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 5 DE ABRIL DEL 2018 SE INCLUYE LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "CONTRIBUTIVO" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 14 / 05 / 2013

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA POLIZA SE ENVIADA EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARATULAS SE ENVIAN VIA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01 TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:29

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

Página 2

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|-----------|-------|--------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| DD | MM | AAAA | DD | MM | AAAA | ANTERIOR | NUEVA |
| DESDE | 02 | 05 | HASTA | 31 | 03 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 |
| | | | | 0.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

2. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 02-03-02-00404-2017 SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "SUBSIDIADA" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 2017-11-21
3. CONTRATO # DNC-CB-0612-2015 DEL 2016-09-01 Y OTRO SI N° 01 - 02 -03 (CRUZ BLANCA)
4. CONTRATO N° 6822017 DEL 2017-12-11 (HOMI(FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA)
5. CONTRATO MEDIMAS RS NRO DC-0170-2017- suscrito el 2017-09-24 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
6. CONTRATO RC MEDIMAS NRO -DC-0146-2017-del 2017-09-29 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD)
8. CTTO NEFROPROTECCION NRO 0667-2017 del 2017-09-01 Y ADICION SAVIA CKD NRO 01 (SAVIA SALUD CKD)

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS PROPIOS Y/O POR LOS QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN USUARIO QUE PRESTE EL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO (DE ACUERDO A RELACIÓN ADJUNTA - 18 CLÍNICAS) O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO DAVITA S.A.S. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORTE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOCUMENTOS QUE LLEGAREN A APORTAR SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

COBERTURAS:

• BASICO
Ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica, si el servicio prestado fue durante la misma vigencia y dentro de los predios donde se preste el servicio

ALCANCE DE COBERTURA

Ampara la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica dentro de los predios asegurados.
Este amparo se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de:

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

[Handwritten Signature]

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:29

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

Página 3

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | |
|-------------------|------------------------|--|--|------------------|--|--|--|--------------------------|--|-------------------|--|------------------|--------|---------|--|
| DD MM AAAA | | | | DD MM AAAA | | | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | | | |
| DESDE 02 05 2018 | | | | HASTA 31 03 2019 | | | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | | | % | | | | TRM | MONEDA | VALORES | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | | PRIMA | | | | PESOS | 0.00 | | |
| CARGOS DE EMISIÓN | | | | | | | | PESOS | | | | 0.00 | | | |
| IVA | | | | | | | | PESOS | | | | 0.00 | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | 0.00 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Responsabilidad profesional por gestión inadecuada del asegurado durante los procesos de administración, prevención, evaluación y control de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud a la comunidad de usuarios que preste servicio al asegurado, siempre y cuando quede demostrado judicialmente que el acto médico nocivo generador del perjuicio a indemnizar, o el acto administrativo previo y relacionado a la atención médica, fue prestada indebidamente, como consecuencia directa de una falla en la gestión del asegurado sin que esto signifique que la presente póliza se extienda a cubrir las multas, sanciones o cualquier tipo de responsabilidad fiscal.

**La extensión de cobertura se realiza sobre reclamaciones solo de parte de terceros en calidad de pacientes y/o víctimas, fundadas exclusivamente en actos profesionales incorrectos en la prestación del servicio de salud

**Para la extensión de cobertura administrativa derivada del proceso de la prestación del servicio, se deja constancia que se ampara el daño emergente al 100% más el lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales. estos últimos sublimitados a \$ 200.000.000. por evento /vigencia (para los 2 amparos).

2. Cobertura directa y/o solidaria de Davita sas, por la prestación del servicio de 535 profesionales de la salud adscritos y sus respectivos cargos distribuidos en las diferentes instituciones de propiedad de Davita, de acuerdo a listado adjunto que hace parte integral de la presente póliza. dichos profesionales pueden ser reemplazados por los que ocupen su cargo ya sea por licencia, permiso o incapacidad, los profesionales en reemplazo también estarán cubiertos siempre y cuando este reemplazo obedezca a los cargos amparados y a que al momento del siniestro se demuestre efectivamente la situación de reemplazo y el vínculo con Davita sas - (cto laboral o prestación de servicios).

**Se deja constancia que para la anterior cobertura el personal asegurado es el que se encuentra relacionado en el listado adjunto, sin embargo, en virtud de la normal rotación, Davita sas, deberá reportar los cambios (inclusiones o exclusiones) por periodos semestrales. si el siniestro ocurre entre el último y próximo reporte, y por ende no se ha incluido el profesional responsable y/o imputable de dicho siniestro o que no se encuentre incluido en ninguno de los listados por haber ingresado después de haber entregado el primer reporte y haberse retirado.

**en caso de que el evento suceda antes de entregar el segundo reporte y el medico no se encuentre relacionado, se deberá demostrar el vínculo laboral (contrato laboral o prestación de servicios o en su defecto certificación de gestión humana) y la ubicación dentro de los cargos amparados en el listado. cuando la inclusión de dicho profesional supera en número (los actualmente amparados) se debe pagar prima adicional.

3. Esta cobertura comprende la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos y tratamientos médicos con fines terapéuticos o de diagnóstico, así como también aparatos de Rayos X, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

4. Gastos de asistencia médica de emergencia realizados en ejercicio de una obligación legal y/o un deber humanitario.

En virtud de la esencia de la cobertura de la presente póliza se levantan las exclusiones 1 y 2 de la cláusula segunda del clausulado general adjunto".

Límite Asegurado:

Evento/ /Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEJO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:29

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 4
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | |
|------------------|------------------------|--|--|------------------|--|--|-------------------|--------------------------|--|-------------------|--------|------------------|--|--|--|
| DD MM AAAA | | | | DD MM AAAA | | | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | | | |
| DESDE 02 05 2018 | | | | HASTA 31 03 2019 | | | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | | | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | | | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | IVA | | | PESOS | 0.00 | | | | |
| | | | | | | | TOTAL | | | | 0.00 | | | | |

Queda cubierta por la responsabilidad civil extracontractual en que se vea involucrado por el uso de sus instalaciones: predios, camas, aparatos médicos, ascensores etc., de acuerdo a la cláusula segunda del clausulado general de responsabilidad civil extracontractual en su forma SU-OD-04-04- ABRIL – 2016, el cual también hace parte integral de la presente póliza, en cuanto a los amparos nombrados/cubiertos por ésta.

Se deja constancia que este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Límite Asegurado:

b. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Nota: se deja constancia que se otorga el amparo de daño moral en el entendido que solo procede si existe un daño físico.

por medio de la presente cláusula se deja constancia que la compañía de seguros indemnizara hasta el límite asegurado, los perjuicios patrimoniales que sufra el asegurado, por las indemnizaciones que sea condenado a pagar contenidas en una sentencia judicial proferida por un juez de la república de Colombia o en laudo bajo un proceso arbitral, previamente consultado con la aseguradora y que correspondan a los conceptos de lucro cesante y daño moral ocasionados a bienes o personas como consecuencia de acontecimientos cubiertos en la vigencia de la póliza igualmente, responderá hasta dicho limite y por los mismos conceptos en los acuerdos de conciliación que realice el asegurado, con la autorización previa de la aseguradora.

En caso de reclamación directa del tercero afectado a la aseguradora, ésta responderá por el lucro cesante y daño moral debidamente probado por éste, causados a sus bienes o derivados de la muerte o lesiones corporales, a consecuencia de acontecimientos por los cuales sea responsable el asegurado, generados durante la vigencia de la póliza

Amparo: GASTOS DE DEFENSA

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 1.250.000.000 Por evento y en el agregado anual

Incluye los honorarios, costas y expensas, razonables y necesarios en los que, con el previo consentimiento de LA ASEGURADORA, se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado, fuere ésta fundada o infundada.

En caso de que LA ASEGURADORA haya pagado los gastos de defensa, anticipadamente o mientras se fueren causando, y con base en el resultado del proceso o la decisión correspondiente sea aplicable la causal de exclusión de dolo, el ASEGURADO deberá reembolsar a LA ASEGURADORA todas las sumas pagadas por concepto de gastos de defensa, dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que se presente la solicitud por parte de LA ASEGURADORA.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:29

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

Página 5

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| DD MM AAAA DESDE 02 05 2018 | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | ANTERIOR 2,500,000,000.00 | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | NUEVA 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

Amparo: GASTOS MEDICOS
Límite Asegurado:
a. Evento: COP \$100.000.000 b. Vigencia: COP \$300.000.000

Esta cobertura obedece a los gastos médicos razonables que se acusen dentro de los quince (15) días calendarios subsiguientes a la fecha del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros

Esta cobertura es adicional a la contenida en el amparo básico.

CONDICIONES Y CLAUSULAS ADICIONALES:

- Se deja constancia que la cobertura otorgada para el personal administrativo se encuentra dentro del amparo PLO de responsabilidad civil extracontractual, por ende, la cobertura profesional no se extiende a los mismos.
- Aviso de revocación o no renovación de la póliza hasta 60 días
- Restablecimiento del valor asegurado por solicitud del asegurado, por pago de siniestro, hasta dos veces en la vigencia de la póliza, con cobro de prima adicional
- La presente póliza se extiende a amparar La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.
- Se incluye La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado siempre que se presente oportunamente el reporte del personal de práctica para la extensión de cobertura y cobros respectivos. El cobro de prima realizado para la anualidad no incluye este personal.
- No se cubre la responsabilidad solidaria respecto del transporte en ambulancia o en los servicios de traslado de pacientes, en caso tal que sea del interés cubrir esta responsabilidad el asegurado deberá presentar la solicitud por escrito junto con el listado de los vehículos utilizados en dichos servicios y la compañía

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01 TOMADOR (415)7709998911901(8020) COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA Maria Juana Herrera Rodriguez CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

Página 6

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 02 05 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

lo otorgará realizando el cobro de prima a que haya lugar.

• Cualquier cambio, entrada, salida, reemplazo de profesionales de la salud que sean reportados al inicio de la vigencia de la póliza, deberán ser comunicados por periodos trimestrales a la aseguradora.
Obligaciones del Asegurado

Obligaciones del Asegurado

AVISO DEL SINIESTRO

1.2 aviso del siniestro: el asegurado deberá dar aviso a confianza s. a. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que su representante legal o apoderado asiste a la audiencia de conciliación pre-judicial o cuando reciba la notificación judicial respectiva.
*En caso de imposibilidad (argumentada) de cumplir con el término legal, se extenderá a quince (30) días hábiles contados a partir de la notificación de toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura, siempre que dicho término no exceda el plazo para comparecer y/o pronunciarse y sea el tiempo prudencial para que la compañía se pronuncie si es el caso. Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S. A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

1.3 Documentos varios: el asegurado está obligado a procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; como también a facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la asistencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial

TERMINO DE PRESCRIPCION:

No obstante, lo estipulado en el párrafo anterior, sobre el plazo para el aviso del siniestro. Se deja claridad que para los términos de prescripción se cumplirá estrictamente lo dispuesto por los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por lo anterior en ningún caso se podrá interpretar que la aseguradora renuncia a los términos legales de

• EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
 - Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.
- Se levanta la presente exclusión en casos en que la cirugía plástica o estética sea reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas
- Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:29

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 7
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 02 05 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

autorización o licencia otorgada por la autoridad competente. (Literal M Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

4. Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcoholícas o narcóticas. (Literal H Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

5. Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos. . (Literal B Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

6. No aplica DIC/DIL para esta póliza, con respecto de las pólizas primarias

7. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales. (Literal L Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

8. Reclamaciones por enfermedades profesionales y de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado. (Literal C Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

9. Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) . (Complementa el Literal I Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

10. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.

11. Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.

12. Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional. . (Literal K Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

13. En el caso de odontólogos y ortodoncistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin. (Complemento Literal G Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

14. Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

15. Reclamaciones por daños genéticos. (Literal A Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

16. Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)

17. . Reclamaciones por el riesgo biológico

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01 TOMADOR (415)770998911901(8020) COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:30

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 8
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO:

Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | |
|--------------------------------|------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|--------------------------|------------------------------|--|---------------------------|--------|---------------------------|--|
| DD MM AAAA DESDE 02 05 2018 | | | | DD MM AAAA HASTA 31 03 2019 | | | | ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | | NUEVA 2,500,000,000.00 | |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | | | | PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | | | COMPAÑIA | | | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | |
| | | | | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | |
| | | | | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 | |
| | | | | | | | | | | TOTAL | | 0.00 | |

GARANTÍAS:
So pena de la declaratoria de nulidad de cobertura, el asegurado deberá:
• Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
• Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad, así como la verificación de los protocolos médicos.

- CEDES:**
1. AUTOPISTA NORTE NO. 103-35 BOGOTA CUNDINAMARCA
2. BARRANQUILLA ATLANTICO CRA 47 NO. 84-154
3. BUCARAMANGA SANTANDES CALLE 16 NO. 27-10
4. CALI NORTE VALLE DEL CAUCA CALLE 23C NORTE 3AN-35
5. CALI SUR VALLE DEL CAUCA CRA 44 NO. 9C-58 PISO 4
6. CENTRO LA 26 BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 26ª NO. 33ª-28
7. CUCUTA NORTE DE SANTANDER CALLE 1N NO. 10E-61
8. GESTION DEL RIESGO (MEDELLIN)ANTIOQUIA CALLE 56 NO. 41-28 SEGUNDO Y TERCER PISO
9. ITAGUI ANTIOQUIA CRA 51ª NO. 45-51 PISO 2
10. MANIZALES CALDAS CALLE 10 NO. 2C-10 CLINICA CARDIOVASCULAR DIASCORSA
11. MEDELLIN ANTIQUIA CALLE 9C SUR NOR 50FF-116
12. MONTERIA CORDOBA CALLE 29 NO. 12-10
13. PERITONEAL SANTA MARGARITA BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 45ª NO. 103B-16
14. POPAYAN CAUCA CRA 9 NO. 8N-45 AV PANAMERICANA
15. RIOCHA LA GUAJIRA CRA 11ª NO. 13-70
16. SAN CARLOS BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 12D NO. 32-44 SUR TORRE D PISO 3
17. SANTA MARIA DEL LAGO BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 73 NO. 72ª-09
18. SANTA MARTA MAGDALENA CALLE 14 NO. 15-25 AV EL LIBERTADOR
19. SINCELEJO SUCRE CRA 19 NO. 25-36
20. SOLEDAD ATLANTICO CALLE 6C-60
21. VILLAVICENCIO META CALLE 32 NO. 33-14

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C.
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01
TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA
Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:30

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 9
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000955

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 17 05 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|--|-------------------|-------------------|------------------|---------|--|--|
| DD MM AAAA | | DD MM AAAA | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | | | |
| DESDE 02 05 2018 | | HASTA 31 03 2019 | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | | PRIMA | | | | |
| % | NOMBRE | | COMPAÑIA | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | TOTAL | | 0.00 | | |

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

[Firma Autorizada]

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:26:30

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

Página 1

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|------------------|------------------|------------------|--------------------------|------------------|--|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Gastos Médicos - Vigencia | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 300,000,000.00 | 300,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Gastos Médicos - Evento | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 100,000,000.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Daño Moral - Vigencia | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Daño Moral - Evento | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento | | 06-06-2018 | 31-03-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |

OBJETO DE LA POLIZA: SEGUN COMUNICACION DE FECHA 6 DE JUNIO DEL 2018 SE ACLARA QUE EL NUMERO DE CONTRATO DEL NUMERAL: 7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD), DESCRITO MAS ADELANTE CAMBIO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NO. 0238-2018

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 2 DE MAYO DEL 2018 SE INCLUYE EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ASESORIA EN LA IMPRELEMENTACION DE SERVICIOS DE DIALISIS Y NEFROLOGIA ENTRE DAVITA Y PROYECTAR SALUD S.A.S. LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO ES DE 4 MESES. (INCLUSION NUMERO 9)

SE INCLUYE ACTA DE PRORROGA Y ADICION NO. 2 AL CONTRATO DE SERVICIOS NO. 014S-2017 EL CUAL YA ESTA INLCUIDO EN ESTA POLIZA COMO NUMETA 8 DE MAS ADELANTE. (INCLUSION 10)

ADICIONALMENTE SE INCLUYE LA SIGUIENTE NOTA :

* LA COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR LA EJECUCION DE HASTA 20 CONTRATOS SUSCRITOS DENTRO DE UNA MISMA ANUALIDAD, CUALQUIER INCLUSION DE COBERTURA QUE SUPERE DICHA CANTIDAD TENDRA COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPANIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPANIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCION APLICABLE A LA COMPANIA.

ESTA POLIZA SE ENVIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C

SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01 TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

Página 2

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 5 DE ABRIL DEL 2018 SE INCLUYE LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "CONTRIBUTIVO" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 14 / 05 / 2013
2. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 02-03-02-00404-2017 SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "SUBSIDIADA" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 2017-11-21
3. CONTRATO # DNC-CB-0612-2015 DEL 2016-09-01 Y OTRO SI N° 01 - 02 -03 (CRUZ BLANCA)
4. CONTRATO N° 6822017 DEL 2017-12-11 (HOMI(FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA)
5. CONTRATO MEDIMAS RS NRO DC-0170-2017- suscrito el 2017-09-24 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
6. CONTRATO RC MEDIMAS NRO -DC-0146-2017-del 2017-09-29 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD)
8. CTTO NEFROPROTECCION NRO 0667-2017 del 2017-09-01 Y ADICION SAVIA CKD NRO 01 (SAVIA SALUD CKD)

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS PROPIOS Y/O POR LOS QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN USUARIO QUE PRESTE EL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO (DE ACUERDO A RELACIÓN ADJUNTA - 18 CLÍNICAS) O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO DAVITA S.A.S. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOCUMENTOS QUE LLEGAREN A APORTAR SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

COBERTURAS:

• BASICO

Ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica, si el servicio prestado fue durante la misma vigencia y dentro de los predios donde se preste el servicio

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

Página 3

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

ALCANCE DE COBERTURA
Ampara la responsabilidad civil en que pudiere incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica dentro de los predios asegurados.
Este amparo se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de:
1. Rresponsabilidad profesional por gestión inadecuada del asegurado durante los procesos de administración, prevención, evaluación y control de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud a la comunidad de usuarios que preste servicio al asegurado, siempre y cuando quede demostrado judicialmente que el acto médico nocivo generador del perjuicio a indemnizar, o el acto administrativo previo y relacionado a la atención médica, fue prestada indebidamente, como consecuencia directa de una falla en la gestión del asegurado sin que esto signifique que la presente póliza se extienda a cubrir las multas, sanciones o cualquier tipo de responsabilidad fiscal.
**La extensión de cobertura se realiza sobre reclamaciones solo de parte de terceros en calidad de pacientes y/o víctimas, fundadas exclusivamente en actos profesionales incorrectos en la prestación del servicio de salud
**Para la extensión de cobertura administrativa derivada del proceso de la prestación del servicio, se deja constancia que se ampara el daño emergente al 100% más el lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales. estos últimos sublimitados a \$ 200.000.000. por evento /vigencia (para los 2 amparos).
2. Cobertura directa y/o solidaria de Davita sas, por la prestación del servicio de 535 profesionales de la salud adscritos y sus respectivos cargos distribuidos en las diferentes instituciones de propiedad de Davita, de acuerdo a listado adjunto que hace parte integral de la presente póliza. dichos profesionales pueden ser reemplazados por los que ocupen su cargo ya sea por licencia, permiso o incapacidad, los profesionales en reemplazo también estarán cubiertos siempre y cuando este reemplazo obedezca a los cargos amparados y a que al momento del siniestro se demuestre efectivamente la situación de reemplazo y el vínculo con Davita sas - (cto laboral o prestación de servicios).
**Se deja constancia que para la anterior cobertura el personal asegurado es el que se encuentra relacionado en el listado adjunto, sin embargo, en virtud de la normal rotación, Davita sas, deberá reportar los cambios (inclusiones o exclusiones) por periodos semestrales. si el siniestro ocurre entre el último y próximo reporte, y por ende no se ha incluido el profesional responsable y/o imputable de dicho siniestro o que no se encuentre incluido en ninguno de los listados por haber ingresado después de haber entregado el primer reporte y haberse retirado.
**en caso de que el evento suceda antes de entregar el segundo reporte y el medico no se encuentre relacionado, se deberá demostrar el vínculo laboral (contrato laboral o prestación de servicios o en su defecto certificación de gestión humana) y la ubicación dentro de los cargos amparados en el listado. cuando la inclusión de dicho profesional supera en número (los actualmente amparados) se debe pagar prima adicional.
3. Esta cobertura comprende la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos y tratamientos médicos con fines terapéuticos o de diagnóstico, así como también aparatos de Rayos X, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
4. Gastos de asistencia médica de emergencia realizados en ejercicio de una obligación legal y/o un deber humanitario.
En virtud de la esencia de la cobertura de la presente póliza se levantan las exclusiones 1 y 2 de la cláusula segunda del clausulado general adjunto".
Límite Asegurado:

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01 TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 4
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|-----------|------|--------------------------|-------------------|------------------|---------|
| DD | MM | AAAA | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE | 06 | 06 | 2018 | HASTA | 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 |
| | | | | | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

Evento/ Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEXO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)

Queda cubierta por la responsabilidad civil extracontractual en que se vea involucrado por el uso de sus instalaciones: predios, camas, aparatos médicos, ascensores etc., de acuerdo a la cláusula segunda del clausulado general de responsabilidad civil extracontractual en su forma SU-OD-04-04- ABRIL – 2016, el cual también hace parte integral de la presente póliza, en cuanto a los amparos nombrados/cubiertos por ésta.

Se deja constancia que este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las

IPS con las que tenga convenio el asegurado.

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Límite Asegurado:

b. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Nota: se deja constancia que se otorga el amparo de daño moral en el entendido que solo procede si existe un daño físico.

por medio de la presente cláusula se deja constancia que la compañía de seguros indemnizara hasta el límite asegurado, los perjuicios patrimoniales que sufra el asegurado, por las indemnizaciones que sea condenado a pagar contenidas en una sentencia judicial proferida por un juez de la república de Colombia o en laudo bajo un proceso arbitral, previamente consultado con la aseguradora y que correspondan a los conceptos de lucro cesante y daño moral ocasionados a bienes o personas como consecuencia de acontecimientos cubiertos en la vigencia de la póliza igualmente, responderá hasta dicho límite y por los mismos conceptos en los acuerdos de conciliación que realice el asegurado, con la autorización previa de la aseguradora.

En caso de reclamación directa del tercero afectado a la aseguradora, ésta responderá por el lucro cesante y daño moral debidamente probado por éste, causados a sus bienes o derivados de la muerte o lesiones corporales, a consecuencia de acontecimientos por los cuales sea responsable el asegurado, generados durante la vigencia de la póliza

Amparo: GASTOS DE DEFENSA

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 1.250.000.000 Por evento y en el agregado anual

Incluye los honorarios, costas y expensas, razonables y necesarios en los que, con el previo consentimiento de LA ASEGURADORA, se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado, fuere ésta fundada o infundada.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01 TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:36

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 5
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

En caso de que LA ASEGURADORA haya pagado los gastos de defensa, anticipadamente o mientras se fueren causando, y con base en el resultado del proceso o la decisión correspondiente sea aplicable la causal de exclusión de dolo, el ASEGURADO deberá reembolsar a LA ASEGURADORA todas las sumas pagadas por concepto de gastos de defensa, dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que se presente la solicitud por parte de LA ASEGURADORA.

Amparo: GASTOS MEDICOS

Límite Asegurado:

a. Evento: COP \$100.000.000 b. Vigencia: COP \$300.000.000

Esta cobertura obedece a los gastos médicos razonables que se acusen dentro de los quince (15) días calendarios subsiguientes a la fecha del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros

Esta cobertura es adicional a la contenida en el amparo básico.

CONDICIONES Y CLAUSULAS ADICIONALES:

- Se deja constancia que la cobertura otorgada para el personal administrativo se encuentra dentro del amparo PLO de responsabilidad civil extracontractual, por ende, la cobertura profesional no se extiende a los mismos.
- Aviso de revocación o no renovación de la póliza hasta 60 días
- Restablecimiento del valor asegurado por solicitud del asegurado, por pago de siniestro, hasta dos veces en la vigencia de la póliza, con cobro de prima adicional
- La presente póliza se extiende a amparar La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.
- Se incluye La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado
- Por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE ENVIARÁ EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 6
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|------------------|------------------|------------------|--------------------------|------------------|--|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|---------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

debidamente habilitado siempre que se presente oportunamente el reporte del personal de práctica para la extensión de cobertura y cobros respectivos. El cobro de prima realizado para la anualidad no incluye este personal.

- No se cubre la responsabilidad solidaria respecto del transporte en ambulancia o en los servicios de traslado de pacientes, en caso tal que sea del interés cubrir esta responsabilidad el asegurado deberá presentar la solicitud por escrito junto con el listado de los vehículos utilizados en dichos servicios y la compañía lo otorgará realizando el cobro de prima a que haya lugar.
 - Cualquier cambio, entrada, salida, reemplazo de profesionales de la salud que sean reportados al inicio de la vigencia de la póliza, deberán ser comunicados por periodos trimestrales a la aseguradora.
- Obligaciones del Asegurado

Obligaciones del Asegurado
AVISO DEL SINIESTRO

1.2 aviso del siniestro: el asegurado deberá dar aviso a confianza s. a. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que su representante legal o apoderado asiste a la audiencia de conciliación pre-judicial o cuando reciba la notificación judicial respectiva. *En caso de imposibilidad (argumentada) de cumplir con el término legal, se extenderá a quince (30) días hábiles contados a partir de la notificación de toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura, siempre que dicho término no exceda el plazo para comparecer y/o pronunciarse y sea el tiempo prudencial para que la compañía se pronuncie si es el caso. Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S. A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

1.3 Documentos varios: el asegurado está obligado a procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; como también a facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la asistencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial

TERMINO DE PRESCRIPCION:

No obstante, lo estipulado en el párrafo anterior, sobre el plazo para el aviso del siniestro. Se deja claridad que para los términos de prescripción se cumplirá estrictamente lo dispuesto por los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por lo anterior en ningún caso se podrá interpretar que la aseguradora renuncia a los términos legales de

• EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

- Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01 TOMADOR (415)7709998911901(8020) COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA Maria Juana Herrera Rodriguez CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia Mon, 13 Mar 2023 15:28:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

Página 7

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|---------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | HASTA 31 03 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 0.00 |
| | | | | | TOTAL | | 0.00 |

2. Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.
Se levanta la presente exclusión en casos en que la cirugía plástica o estética sea reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas
3. Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente. (Literal M Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
4. Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas. (Literal H Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
5. Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos. . (Literal B Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
6. No aplica DIC/DIL para esta póliza, con respecto de las pólizas primarias
7. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales. (Literal L Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
8. Reclamaciones por enfermedades profesionales y de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado. (Literal C Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
9. Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) . (Complementa el Literal I Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
10. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.
11. Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.
12. Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional. . (Literal K Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
13. En el caso de odontólogos y ortodoncistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin. (Complemento Literal G Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
14. Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
15. Reclamaciones por daños genéticos. (Literal A Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01 TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 8
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|--|-------------------|-------------------|------------------|---------|--|--|
| DD MM AAAA | | DD MM AAAA | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | | HASTA 31 03 2019 | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | | PRIMA | | | | |
| % | NOMBRE | | COMPAÑÍA | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | TOTAL | | 0.00 | | |
| | | | | | | | | | | | |

16. Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)
17. . Reclamaciones por el riesgo biológico

GARANTÍAS:

So pena de la declaratoria de nulidad de cobertura, el asegurado deberá:

- Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
- Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad, así como la verificación de los protocolos médicos.

CEDES:

1. AUTOPISTA NORTE NO. 103-35 BOGOTA CUNDINAMARCA
2. BARRANQUILLA ATLANTICO CRA 47 NO. 84-154
3. BUCARAMANGA SANTANDES CALLE 16 NO. 27-10
4. CALI NORTE VALLE DEL CAUCA CALLE 23C NORTE 3AN-35
5. CALI SUR VALLE DEL CAUCA CRA 44 NO. 9C-58 PISO 4
6. CENTRO LA 26 BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 26ª NO. 33ª-28
7. CUCUTA NORTE DE SANTANDER CALLE 1N NO. 10E-61
8. GESTION DEL RIESGO (MEDELLIN)ANTIOQUIA CALLE 56 NO. 41-28 SEGUNDO Y TERCER PISO
9. ITAGUI ANTIOQUIA CRA 51ª NO. 45-51 PISO 2
10. MANIZALES CALDAS CALLE 10 NO. 2C-10 CLINICA CARDIOVASCULAR DIASCORSA
11. MEDELLIN ANTIOQUIA CALLE 9C SUR NOR 50FF-116
12. MONTERIA CORDOBA CALLE 29 NO. 12-10
13. PERITONEAL SANTA MARGARITA BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 45ª NO. 103B-16
14. POPAYAN CAUCA CRA 9 NO. 8N-45 AV PANAMERICANA
15. RIOCHA LA GUAJIRA CRA 11ª NO. 13-70
16. SAN CARLOS BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 12D NO. 32-44 SUR TORRE D PISO 3
17. SANTA MARIA DEL LAGO BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 73 NO. 72ª-09
18. SANTA MARTA MAGDALENA CALLE 14 NO. 15-25 AV EL LIBERTADOR

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

SU-FO-10-01

TOMADOR

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 9
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000958

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 06 2018

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | | | | | |
|------------------|------------------------|------------------|----------|--------------------------|--|-------------------|-------------------|------------------|---------|--|--|
| DD MM AAAA | | DD MM AAAA | | ANTERIOR | | ESTA MODIFICACIÓN | | NUEVA | | | |
| DESDE 06 06 2018 | | HASTA 31 03 2019 | | 2,500,000,000.00 | | 0.00 | | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | | PRIMA | | | | |
| % | NOMBRE | | COMPAÑÍA | % | | | TRM | MONEDA | VALORES | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | | PRIMA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | IVA | PESOS | 0.00 | | |
| | | | | | | | TOTAL | | 0.00 | | |

19. SINCELEJO SUCRE CRA 19 NO. 25-36
20. SOLEDAD ATLANTICO CALLE 6C-60
21. VILLAVICENCIO META CALLE 32 NO. 33-14

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)

[Firma manuscrita]

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

SU-FO-10-01
TOMADOR

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:28:37

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------|-----------|---------------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|----------|------|--------------------------|-------------------|--------|------------------|
| DD | MM | AAAA | | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO | | | | COASEGURO | | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | | % | PRIMA | | |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | TRM | MONEDA | VALORES |
| | | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

| AMPAROS | | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|--|------------|------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------|---------------|
| | | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 108,645,699.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 12,000,000.00 |
| Gastos Médicos - Vigencia | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 300,000,000.00 | 300,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Gastos Médicos - Evento | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 100,000,000.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Daño Moral - Vigencia | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Daño Moral - Evento | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 2,500,000,000.00 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento | | 31-03-2019 | 01-10-2019 | 1,250,000,000.00 | 1,250,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 8,000,000.00 |

OBJETO DE LA POLIZA: POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y TENIENDO EN CUENTA LA COMUNICACION DEL ASEGURADO SE PRORROGA LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA HASTA EL 1 DE OCTUBRE DEL 2019 COMO SE INDICA EN EL PRESENTE.

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 6 DE JUNIO DEL 2018 SE ACLARA QUE EL NUMERO DE CONTRATO DEL NUMERAL: 7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD), DESCRITO MAS ADELANTE CAMBIO AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NO. 0238-2018

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 2 DE MAYO DEL 2018 SE INCLUYE EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PARA ASESORIA EN LA IMPRELEMENTACION DE SERVICIOS DE DIALISIS Y NEFROLOGIA ENTRE DAVITA Y PROYECTAR SALUD S.A.S. LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO ES DE 4 MESES. (INCLUSION NUMERO 9)

SE INCLUYE ACTA DE PRORROGA Y ADICION NO. 2 AL CONTRATO DE SERVICIOS NO. 014S-2017 EL CUAL YA ESTA INLCUIDO EN ESTA POLIZA COMO NUMETA 8 DE MAS ADELANTE. (INCLUSION 10)

ADICIONALMENTE SE INCLUYE LA SIGUIENTE NOTA :

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONOMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA POLIZA SE ENVIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.

LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C

SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA REPRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:32

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|-----------|------|--------------------------|-------------------|--------|----------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | 2,500,000,000.00 | | |
| | | | | ESTA MODIFICACIÓN | 0.00 | | |
| | | | | NUEVA | 2,500,000,000.00 | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

* LA COBERTURA DE LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR LA EJECUCION DE HASTA 20 CONTRATOS SUSCRITOS DENTRO DE UNA MISMA ANUALIDAD, CUALQUIER INCLUSION DE COBERTURA QUE SUPERE DICHA CANTIDAD TENDRA COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

SEGUN COMUNICACION DE FECHA 5 DE ABRIL DEL 2018 SE INCLUYE LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "CONTRIBUTIVO" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 14 / 05 / 2013
2. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 02-03-02-00404-2017 SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS "SUBSIDIADA" Y DAVITA S.A.S EN LA MODALIDAD DE PAQUETE CON FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL 2017-11-21
3. CONTRATO # DNC-CB-0612-2015 DEL 2016-09-01 Y OTRO SI N° 01 - 02 -03 (CRUZ BLANCA)
4. CONTRATO N° 8822017 DEL 2017-12-11 (HOMI(FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA)
5. CONTRATO MEDIMAS RS NRO DC-0170-2017- suscrito el 2017-09-24 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
6. CONTRATO RC MEDIMAS NRO -DC-0146-2017-del 2017-09-29 y OTROSI 1 (MEDIMAS RS)
7. CONTRATO 014S-2017 de 2018-01-01 (SAVIA SALUD)
8. CTTO NEFROPROTECCIÓN NRO 0667-2017 del 2017-09-01 Y ADICION SAVIA CKD NRO 01 (SAVIA SALUD CKD)

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS PROPIOS Y/O POR LOS QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN USUARIO QUE PRESTE EL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO (DE ACUERDO A RELACIÓN ADJUNTA - 18 CLÍNICAS) O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO DAVITA S.A.S. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORTE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOCUMENTOS QUE LLEGAREN A APORTAR SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

COBERTURAS:

- BASICO
Ampara la responsabilidad civil contractual y extracontractual en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurridos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica, si el servicio prestado fue durante la misma vigencia y dentro de los predios donde se preste el

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:32

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO:

Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|----------|-----------|--------------------------|------------------|-------------------|----------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | 2,500,000,000.00 | | |
| | | | | ESTA MODIFICACIÓN | 0.00 | | |
| | | | | NUEVA | 2,500,000,000.00 | | |
| INTERMEDIARIO | | | COASEGURO | | | PRIMA | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | | TRM | MONEDA |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | | PRIMA | PESOS |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS |
| | | | | | | IVA | PESOS |
| | | | | | | TOTAL | 129,288,382.00 |

servicio

ALCANCE DE COBERTURA

Ampara la responsabilidad civil en que pudiese incurrir el asegurado a consecuencia de daños personales Ocurredos durante la vigencia de la póliza, derivados de la actividad de una clínica dentro de los predios asegurados.

Este amparo se extiende a cubrir la responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de:

1. Responsabilidad profesional por gestión inadecuada del asegurado durante los procesos de administración, prevención, evaluación y control de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud a la comunidad de usuarios que preste servicio al asegurado, siempre y cuando quede demostrado judicialmente que el acto médico nocivo generador del perjuicio a indemnizar, o el acto administrativo previo y relacionado a la atención médica, fue prestada indebidamente, como consecuencia directa de una falla en la gestión del asegurado sin que esto signifique que la presente póliza se extienda a cubrir las multas, sanciones o cualquier tipo de responsabilidad fiscal.

**La extensión de cobertura se realiza sobre reclamaciones solo de parte de terceros en calidad de pacientes y/o víctimas, fundadas exclusivamente en actos profesionales incorrectos en la prestación del servicio de salud

**Para la extensión de cobertura administrativa derivada del proceso de la prestación del servicio, se deja constancia que se ampara el daño emergente al 100% más el lucro cesante y perjuicios extra patrimoniales. estos últimos sublimitados a \$ 200.000.000. por evento /vigencia (para los 2 amparos).

2. Cobertura directa y/o solidaria de Davita sas, por la prestación del servicio de 535 profesionales de la salud adscritos y sus respectivos cargos distribuidos en las diferentes instituciones de propiedad de Davita, de acuerdo a listado adjunto que hace parte integral de la presente póliza. dichos profesionales pueden ser reemplazados por los que ocupen su cargo ya sea por licencia, permiso o incapacidad, los profesionales en reemplazo también estarán cubiertos siempre y cuando este reemplazo obedezca a los cargos amparados y a que al momento del siniestro se demuestre efectivamente la situación de reemplazo y el vínculo con Davita sas - (cto laboral o prestación de servicios).

**Se deja constancia que para la anterior cobertura el personal asegurado es el que se encuentra relacionado en el listado adjunto, sin embargo, en virtud de la normal rotación, Davita sas, deberá reportar los cambios (inclusiones o exclusiones) por periodos semestrales. si el siniestro ocurre entre el último y próximo reporte, y por ende no se ha incluido el profesional responsable y/o imputable de dicho siniestro o que no se encuentre incluido en ninguno de los listados por haber ingresado después de haber entregado el primer reporte y haberse retirado.

**en caso de que el evento suceda antes de entregar el segundo reporte y el medico no se encuentre relacionado, se deberá demostrar el vínculo laboral (contrato laboral o prestación de servicios o en su defecto certificación de gestión humana) y la ubicación dentro de los cargos amparados en el listado. cuando la inclusión de dicho profesional supera en número (los actualmente amparados) se debe pagar prima adicional.

3. Esta cobertura comprende la responsabilidad civil derivada de la posesión y uso de aparatos y tratamientos médicos con fines terapéuticos o de diagnóstico, así como también aparatos de Rayos X, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

4. Gastos de asistencia médica de emergencia realizados en ejercicio de una obligación legal y/o un deber humanitario.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)7709998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:32

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|-----------|------|--------------------------|-------------------|--------|----------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | 2,500,000,000.00 | | |
| | | | | ESTA MODIFICACIÓN | 0.00 | | |
| | | | | NUEVA | 2,500,000,000.00 | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

En virtud de la esencia de la cobertura de la presente póliza se levantan las exclusiones 1 y 2 de la cláusula segunda del clausulado general adjunto".

Límite Asegurado:

Evento/ Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO (OPERA EN EXCEXO DE LA COBERTURTA BASICA DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DEL CONTRATO)

Queda cubierta por la responsabilidad civil extracontractual en que se vea involucrado por el uso de sus instalaciones: predios, camas, aparatos médicos, ascensores etc., de acuerdo a la cláusula segunda del clausulado general de responsabilidad civil extracontractual en su forma SU-OD-04-04- ABRIL – 2016, el cual también hace parte integral de la presente póliza, en cuanto a los amparos nombrados/cubiertos por ésta.

Se deja constancia que este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Amparo: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

Límite Asegurado:

b. Evento/Vigencia: COP \$ 2.500.000.000 Por evento y en el agregado anual

Nota: se deja constancia que se otorga el amparo de daño moral en el entendido que solo procede si existe un daño físico.

por medio de la presente cláusula se deja constancia que la compañía de seguros indemnizara hasta el límite asegurado, los perjuicios patrimoniales que sufra el asegurado, por las indemnizaciones que sea condenado a pagar contenidas en una sentencia judicial proferida por un juez de la república de Colombia o en laudo bajo un proceso arbitral, previamente consultado con la aseguradora y que correspondan a los conceptos de lucro cesante y daño moral ocasionados a bienes o personas como consecuencia de acontecimientos cubiertos en la vigencia de la póliza igualmente, responderá hasta dicho limite y por los mismos conceptos en los acuerdos de conciliación que realice el asegurado, con la autorización previa de la aseguradora.

En caso de reclamación directa del tercero afectado a la aseguradora, ésta responderá por el lucro cesante y daño moral debidamente probado por éste, causados a sus bienes o derivados de la muerte o lesiones corporales, a consecuencia de acontecimientos por los cuales sea responsable el asegurado, generados durante la vigencia de la póliza

Amparo: GASTOS DE DEFENSA

Límite Asegurado:

a. Evento/Vigencia: COP \$ 1.250.000.000 Por evento y en el agregado anual

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:32

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 5
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|---------------|------------------------|-----------|------|--------------------------|-------------------|--------|----------------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | 2,500,000,000.00 | | |
| | | | | ESTA MODIFICACIÓN | 0.00 | | |
| | | | | NUEVA | 2,500,000,000.00 | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

Incluye los honorarios, costas y expensas, razonables y necesarios en los que, con el previo consentimiento de LA ASEGURADORA, se incurra en la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación del tercero damnificado, fuere ésta fundada o infundada.

En caso de que LA ASEGURADORA haya pagado los gastos de defensa, anticipadamente o mientras se fueren causando, y con base en el resultado del proceso o la decisión correspondiente sea aplicable la causal de exclusión de dolo, el ASEGURADO deberá reembolsar a LA ASEGURADORA todas las sumas pagadas por concepto de gastos de defensa, dentro de los cinco (5) días siguientes a aquel en que se presente la solicitud por parte de LA ASEGURADORA.

Amparo: GASTOS MEDICOS

Límite Asegurado:

a. Evento: COP \$100.000.000 b. Vigencia: COP \$300.000.000

Esta cobertura obedece a los gastos médicos razonables que se acusen dentro de los quince (15) días calendarios subsiguientes a la fecha del evento, por concepto de los necesarios servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de lesiones corporales producidas a terceros

Esta cobertura es adicional a la contenida en el amparo básico.

CONDICIONES Y CLAUSULAS ADICIONALES:

- Se deja constancia que la cobertura otorgada para el personal administrativo se encuentra dentro del amparo PLO de responsabilidad civil extracontractual, por ende, la cobertura profesional no se extiende a los mismos.
- Aviso de revocación o no renovación de la póliza hasta 60 días
- Restablecimiento del valor asegurado por solicitud del asegurado, por pago de siniestro, hasta dos veces en la vigencia de la póliza, con cobro de prima adicional
- La presente póliza se extiende a amparar La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.
- Se incluye La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:33

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------|----------------|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA | | | |
| DESDE 31 03 2019 | HASTA 01 10 2019 | 2,500,000,000.00 | 0.00 | 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado siempre que se presente oportunamente el reporte del personal de práctica para la extensión de cobertura y cobros respectivos. El cobro de prima realizado para la anualidad no incluye este personal.

• No se cubre la responsabilidad solidaria respecto del transporte en ambulancia o en los servicios de traslado de pacientes, en caso tal que sea del interés cubrir esta responsabilidad el asegurado deberá presentar la solicitud por escrito junto con el listado de los vehículos utilizados en dichos servicios y la compañía lo otorgará realizando el cobro de prima a que haya lugar.

• Cualquier cambio, entrada, salida, reemplazo de profesionales de la salud que sean reportados al inicio de la vigencia de la póliza, deberán ser comunicados por periodos trimestrales a la aseguradora.

Obligaciones del Asegurado

Obligaciones del Asegurado

AVISO DEL SINIESTRO

1.2 aviso del siniestro: el asegurado deberá dar aviso a confianza s. a. sobre la ocurrencia del siniestro, dentro del término legal de tres (3) días, contados a partir de la fecha en que su representante legal o apoderado asiste a la audiencia de conciliación pre-judicial o cuando reciba la notificación judicial respectiva.

*En caso de imposibilidad (argumentada) de cumplir con el término legal, se extenderá a quince (30) días hábiles contados a partir de la notificación de toda reclamación, demandada o citación que le sea formulada en relación con

hechos que tengan que ver en alguna forma con la cobertura, siempre que dicho término no exceda el plazo para comparecer y/o pronunciarse y sea el tiempo prudencial para que la compañía se pronuncie si es el caso. Cuando el asegurado no cumpla con estas obligaciones, CONFIANZA S. A. deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

1.3 Documentos varios: el asegurado está obligado a procurar a su costo, la entrega a CONFIANZA S. A., de todos los detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualquier informe que le sea requerido en relación con la reclamación; como también a facilitar la atención de cualquier demanda, debiendo asistir a las audiencias y juicios a que haya lugar, suministrando pruebas, consiguiendo la asistencia de testigos y prestando toda la colaboración necesaria en el curso de cada proceso judicial

TERMINO DE PRESCRIPCION:

No obstante, lo estipulado en el párrafo anterior, sobre el plazo para el aviso del siniestro. Se deja claridad que para los términos de prescripción se cumplirá estrictamente lo dispuesto por los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por lo anterior en ningún caso se podrá interpretar que la aseguradora renuncia a los términos legales de

• EXCLUSIONES COMUNES Y COMPLEMENTARIAS A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑIA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑIA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL, TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:33

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Página 7
PÓLIZA 01 RC000702
CERTIFICADO 01 RC000994

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO USUARIO: RODRIGUD TIP CERTIFICADO: Modificacion FECHA DD MM AAAA 20 02 2019

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------|-----------|--------------|
| TOMADOR: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | |
| E-MAIL: | Maria.E.Beltran@davita.com | TELÉFONO: | 6028312 | |
| ASEGURADO: | DAVITA S.A.S. | C.C. O NIT: | 900532504 | 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 45 A 103 16 | CIUDAD: | BOGOTA DC | TEL. 6028312 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 | |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: | 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | | |
|----------|----|------|------|--------------------------|------------------|------|------|
| DD | MM | AAAA | | DD | MM | AAAA | |
| DESDE | 31 | 03 | 2019 | HASTA | 01 | 10 | 2019 |
| | | | | ANTERIOR | 2,500,000,000.00 | | |
| | | | | ESTA MODIFICACIÓN | 0.00 | | |
| | | | | NUEVA | 2,500,000,000.00 | | |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | PRIMA | | |
|---------------|------------------------|-----------|---|--|-------------------|--------|----------------|
| % | NOMBRE | COMPañIA | % | | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | | | PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 |
| | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | IVA | PESOS | 20,642,683.00 |
| | | | | | TOTAL | | 129,288,382.00 |

1. Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

2. Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.

Se levanta la presente exclusión en casos en que la cirugía plástica o estética sea reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas

3. Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente. (Literal M Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

4. Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas. (Literal H Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

5. Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos. . (Literal B Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

6. No aplica DIC/DIL para esta póliza, con respecto de las pólizas primarias

7. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales. (Literal L Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

8. Reclamaciones por enfermedades profesionales y de personas que tienen una relación laboral con el Asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado. (Literal C Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

9. Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) . (Complementa el Literal I Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

10. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el Sida, Virus del tipo VIH, Hepatitis B.

11. Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.

12. Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional. . (Literal K Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

13. En el caso de odontólogos y ortodontistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin. (Complemento Literal G Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

14. Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGÍMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA, DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVÓCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

[Firma Autorizada]

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:33

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Póliza 01 RC000702
Certificado 01 RC000994

Código Referencia Pago: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 6028312 | |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 TEL. 0 | |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2019 | | HASTA DD MM AAAA 01 10 2019 | |
| ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | |
| NUEVA 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | |
| PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | |
| TRM | MONEDA | VALORES | |
| PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 | |
| CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | |
| IVA | PESOS | 20,642,683.00 | |
| TOTAL | | 129,288,382.00 | |

15. Reclamaciones por daños genéticos. (Literal A Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)
16. Reclamaciones por Organismos Patogénicos (Moho u hongos ó sus esporas, bacterias, algas, micotoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas ó proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas ó no.)
17. . Reclamaciones por el riesgo biológico

GARANTÍAS:
So pena de la declaratoria de nulidad de cobertura, el asegurado deberá:
• Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
• Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad, así como la verificación de los protocolos médicos.

- CEDES:**
1. AUTOPISTA NORTE NO. 103-35 BOGOTA CUNDINAMARCA
2. BARRANQUILLA ATLANTICO CRA 47 NO. 84-154
3. BUCARAMANGA SANTANDES CALLE 16 NO. 27-10
4. CALI NORTE VALLE DEL CAUCA CALLE 23C NORTE 3AN-35
5. CALI SUR VALLE DEL CAUCA CRA 44 NO. 9C-58 PISO 4
6. CENTRO LA 26 BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 26ª NO. 33ª-28
7. CUCUTA NORTE DE SANTANDER CALLE 1N NO. 10E-61
8. GESTION DEL RIESGO (MEDELLIN)ANTIOQUIA CALLE 56 NO. 41-28 SEGUNDO Y TERCER PISO
9. ITAGUI ANTIOQUIA CRA 51ª NO. 45-51 PISO 2
10. MANIZALES CALDAS CALLE 10 NO. 2C-10 CLINICA CARDIOVASCULAR DIASCORSA
11. MEDELLIN ANTIQUIA CALLE 9C SUR NOR 50FF-116
12. MONTERIA CORDOBA CALLE 29 NO. 12-10
13. PERITONEAL SANTA MARGARITA BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 45ª NO. 103B-16
14. POPAYAN CAUCA CRA 9 NO. 8N-45 AV PANAMERICANA
15. RIOCHA LA GUAJIRA CRA 11ª NO. 13-70
16. SAN CARLOS BOGOTA CUNDINAMARCA CRA 12D NO. 32-44 SUR TORRE D PISO 3

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.
LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.
VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCAL DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodríguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:33

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

Póliza 01 RC000702
Certificado 01 RC000994

Código Referencia Pago: 0138000994

SUCURSAL: 01. CENTRO ANDINO

USUARIO: RODRIGUD

TIP CERTIFICADO: Modificacion

FECHA

DD MM AAAA
20 02 2019

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| TOMADOR: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC | |
| E-MAIL: Maria.E.Beltran@davita.com | | TELÉFONO: 6028312 | |
| ASEGURADO: DAVITA S.A.S. | | C.C. O NIT: 900532504 8 | |
| DIRECCIÓN: CR 45 A 103 16 | | CIUDAD: BOGOTA DC TEL. 6028312 | |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | C.C. O NIT: 082740 | |
| DIRECCIÓN: 0 | | CIUDAD: 0 TEL. 0 | |
| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | |
| DD MM AAAA DESDE 31 03 2019 | | DD MM AAAA HASTA 01 10 2019 | |
| ANTERIOR 2,500,000,000.00 | | ESTA MODIFICACIÓN 0.00 | |
| NUEVA 2,500,000,000.00 | | | |
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | |
| PRIMA | | | |
| % | NOMBRE | COMPañIA | % |
| 100.00 | AON RISK SERVICES COLO | | |
| TRM | MONEDA | VALORES | |
| PRIMA | PESOS | 108,645,699.00 | |
| CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 | |
| IVA | PESOS | 20,642,683.00 | |
| TOTAL | | 129,288,382.00 | |

17. SANTA MARIA DEL LAGO BOGOTA CUNDINAMARCA CALLE 73 NO. 72ª-09
18. SANTA MARTA MAGDALENA CALLE 14 NO. 15-25 AV EL LIBERTADOR
19. SINCELEJO SUCRE CRA 19 NO. 25-36
20. SOLEDAD ATLANTICO CALLE 6C-60
21. VILLAVICENCIO META CALLE 32 NO. 33-14

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA.

LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DÍA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C

SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

LA PRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES. DIAN NO. 18762002956781 20/04/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000889 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0138000994

TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Maria Juana Herrera Rodriguez
CC: 52.420.586

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Mon, 13 Mar 2023 15:30:33