

Santiago de Cali, Julio 28 de 2017

Señores

**INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA  
CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**

Hna. Usdelly Álzate Varela

Representante Legal

Ciudad

**OFERTA MERCANTIL DE VENTA DE SERVICIOS MÉDICOS  
PROFESIONALES INTEGRALES INDEPENDIENTE COMO MEDICO  
INTENSIVISTA EN NOMBRE Y POR CUENTA PROPIA.**

Yo **DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**, Colombiano(a), varón( mujer), mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, domiciliado(a) en la ciudad de Cali, quien en adelante me denominaré **EL OFERENTE**, me permito presentar mediante este escrito, la oferta mercantil de venta de servicios médicos, consistente en **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES INTEGRALES, ESPECIALIZADOS E INDEPENDIENTES COMO MEDICO INTENSIVISTA ACTUANDO EN NOMBRE Y POR CUENTA PROPIA**, a consideración del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, Nit No 890.301.430-5 quien en adelante se denominará el **DESTINATARIO**, en su calidad de entidad privada dedicada a la prestación de servicios de salud y hospitalario, código de prestador, domiciliada en Cali- Colombia, debidamente representada por la Hna. **USDELLY ALZATE VARELA**, Colombiano(a), varón (mujer), también mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la Cédula de Ciudadanía No 31.276.463 de Cali. Esta oferta tendrá un alcance que se describe a continuación: **NATURALEZA, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA OFERTA.-** Para los propósitos de esta oferta, **EL OFERENTE** tiene en cuenta, que ésta oferta se regirá por las disposiciones contenidas en la Ley del Sistema de Seguridad Social Integral actualmente vigente y demás normas que la han reformado o adicionado, y las contenidas en los reglamentos de ética médica que rigen la profesión médica y los reglamentos internos del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, así como lo establecido en el artículo 845 y SS del Código de Comercio que el **OFERENTE** declara conocer en su integridad y a las cuales se adhiere expresamente para el efecto y en especial por los siguientes parámetros: **1.-** Que **EL DESTINATARIO** ofrece servicios médicos asistenciales de salud con medios de alta tecnología y calidad a la comunidad y que es de su interés contar con el ejercicio profesional de médicos independientes, especializados, para la atención de los pacientes que concurren al **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**. **2.-** Que **EL DESTINATARIO**, conoce de las capacidades y conocimiento de la medicina en el área de UCI por parte de **EL OFERENTE**, para el ejercicio de su profesión de médico integral e independiente, en las instalaciones del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, **3.-** Que **EL DESTINATARIO**, cuenta con una infraestructura locativa y tecnológica, equipos médicos de diagnósticos y/o terapéuticos para la prestación de sus servicios profesionales a los pacientes que lo soliciten, los cuales dispone al servicio del **OFERENTE**, para su uso. **4.-** Que **EL DESTINATARIO**, gestiona



y suscribe contratos con empresas aseguradoras en salud para la prestación de servicios asistenciales, para lo cual, vincula médicos integrales e independientes para que ejerzan su profesión mediante Oferta Mercantil con el **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**. 5.- Que es necesario determinar y definir la responsabilidad y obligaciones del **OFERENTE** en su oferta mercantil que ofrece. **PROPÓSITO:** De producirse por parte del **DESTINATARIO**, la aceptación de la oferta, la que será ratificada mediante **orden de compra**, y se regirá por las siguientes estipulaciones, que se obligan a cumplir y respetar **EL OFERENTE** y **DESTINATARIO**, el primero mediante el presente documento y el segundo con la aceptación: **PRIMERA. OBJETO DE LA OFERTA- EL OFERENTE** ofrece de manera incondicional e irrevocable, sus servicios profesionales médicos integrales, especializados e independientes en **ESPECIALISTA COMO MEDICO INTENSIVISTA EL DESTINATARIO**, los cuales prestará, desarrollará y ejecutará dentro de las instalaciones del **DESTINATARIO**, cumpliendo con la normatividad vigente y con los criterios de la presente Oferta Mercantil y con los establecidos en los Reglamentos Internos del **DESTINATARIO**, los cuales el **OFERENTE** declara conocer. **SEGUNDA. DEL SERVICIO OFERTADO.- EL OFERENTE** ejecutará y desarrollará la presente oferta de la siguiente manera: 1) Prestará sus servicios profesionales a los pacientes de las empresas aseguradoras de salud que tengan establecidos contratos con **EL DESTINATARIO** y a los particulares que asistan al **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**., para los cuales está debidamente acreditado. 2) Atenderá los servicios de salud de los pacientes dentro de las instalaciones de **EL DESTINATARIO**. 3) Cumplir siempre a cabalidad el acto médico, es decir actuar con la propiedad que la ciencia le exige en relación con el desarrollo del objeto del contrato y de manera especial en relación con la atención que debe brindarse al paciente en el diagnostico, tratamiento y post-tratamiento e información de los procedimientos médicos que se le vayan a practicar con apoyo en sus conocimientos experiencia y diligencia y responsabilidad para mantener la salud y tratar o aliviar los efectos de la enfermedad previa información de los posibles riesgos y complicaciones. 4) Mantener la respectiva reserva y secreto profesional mientras se encuentre fuera del servicio, no obstante se podrá estudiar e investigar por fuera de las Instalaciones, temas de pacientes, para el mejoramiento de su salud y atención, y que no afecten la transparencia, eficiencia e idoneidad de la atención médica a los pacientes de la CNSR. Todas las tareas o labores profesionales ofertadas serán obligaciones inherentes a la oferta, es decir, de carácter civil o comercial, las cuales se ejecutarán con plena autonomía e independencia, en provecho de las partes. De igual forma **El OFERENTE**, deberá Guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos físicos y/o electrónicos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de la presente oferta mercantil. 5) Atenderá las recomendaciones y sugerencias que para el aseguramiento de la calidad del servicio de salud le formule la Dirección Médica y/o Administración de **EL DESTINATARIO**, sin que por esta razón pueda deducirse o entenderse subordinación o relación laboral alguna. 6) En el ejercicio profesional a favor de las empresas aseguradoras de salud y de los particulares, acepta todas las condiciones para una mejor eficiencia, idoneidad y Ética en el desempeño del ejercicio profesional con los pacientes, a las obligaciones del Reglamento del Cuerpo Médico de **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA**



**NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS** y en general al reglamento de ética médica existente para los profesionales del área de la salud, el cual declara conocer y cumplir, sin que esto implique modificar relación civil y/o comercial que tiene la presente oferta. **7)** Que cumplirá como trabajador independiente con lo ordenado para el Sistema de Seguridad Social, con respecto a las afiliaciones y pago de cotizaciones y autorizo al **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, para que ejerza vigilancia del cumplimiento de tales obligaciones. En todo caso se reitera que el presente convenio es de naturaleza civil y/o comercial. **8)** El profesional se compromete a diligenciar completa, adecuada y oportunamente toda la documentación de la Historia Clínica y sus anexos en cumplimiento de los protocolos debidamente reconocidos por las leyes o las distintas reglamentaciones en tal sentido, en el sector salud so pena de asumir las responsabilidades derivadas de su error u omisión. **9)** establecer comunicación afable, comprensible con los pacientes y familiares, informándoles de su patología, las indicaciones médicas, formulación. órdenes de salida y cumpliendo para ello con los protocolos reconocidos por las Leyes, los propios para el ejercicio de la medicina y los establecidos en el **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**. **10)** Atender oportunamente las solicitudes realizadas por la Clínica o por los asesores de ésta para adelantar los procesos de certificación, validación de la misma y acreditación. **11)** Dar buen uso de los equipos y al manejo eficiente de los recursos puestos a su disposición para cumplir los procesos establecidos que aseguren la calidad de los servicios prestados a los usuarios finales. **12)** Atender las acciones judiciales que surjan por causa de la prestación de los servicios objeto de la presente oferta, respondiendo por la actividad del servicio médico y por la diligencia y prudencia que ella debe tener para la atención de los pacientes en las sedes de **EL DESTINATARIO**, exonerando a este último, por los errores y omisiones en que incurra el (la) **OFERENTE** en la atención médica. **13)** Respetar los procedimientos internos técnicos o administrativos establecidos por **EL DESTINATARIO** en cualquiera de sus sedes. **14)** Garantizar la calidad del servicio para la atención de los pacientes o usuarios del servicio que contraten con **EL DESTINATARIO**. **15)** Colaborar con las respuestas a las glosas generadas por, la prestación de sus servicios, que formulen las diferentes entidades, si estas glosas son dadas con ocasión de omisión o por incumplimiento a las normas, protocolos y demás atribuibles a los profesionales a su servicio.

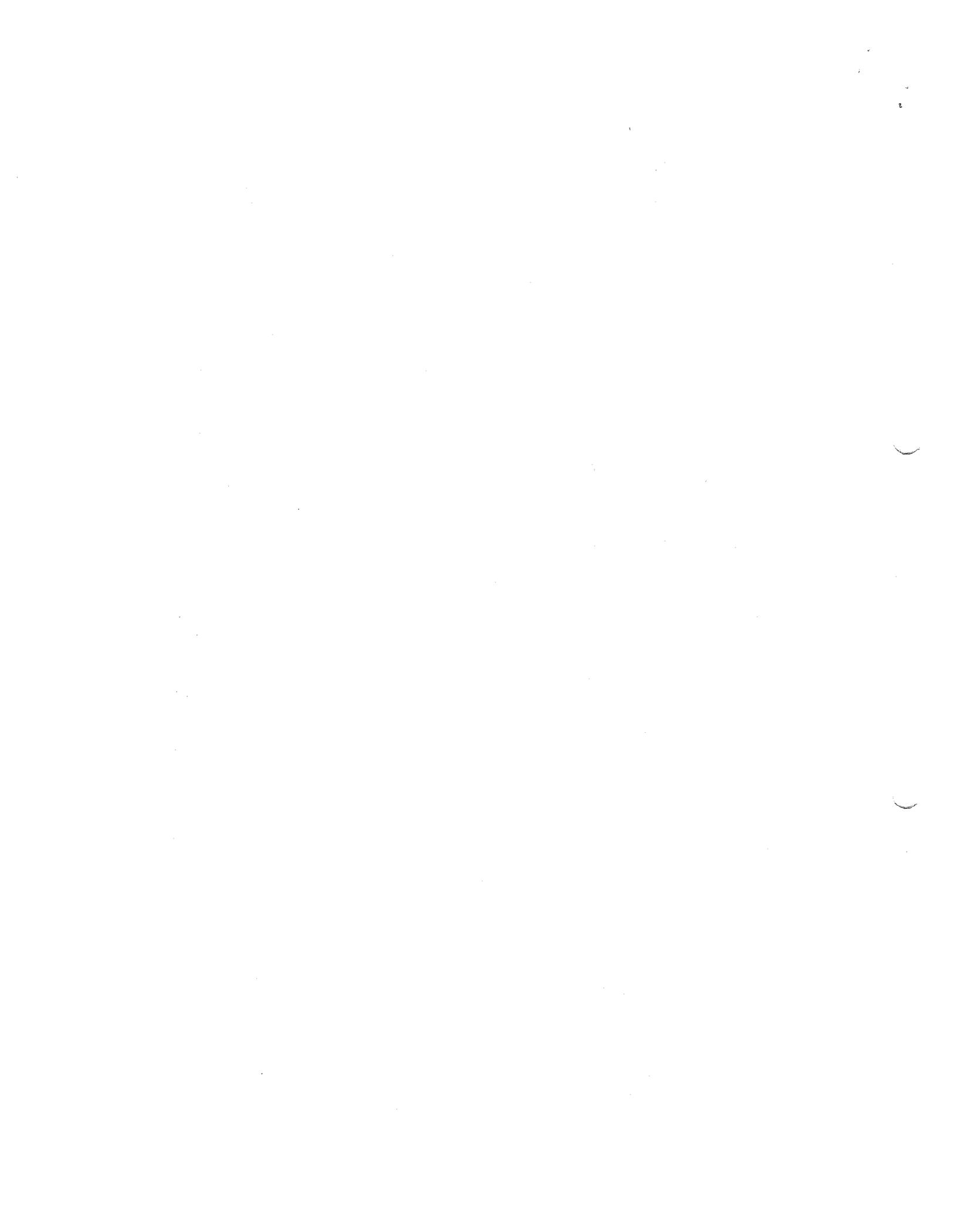
**Parágrafo.-** Cuando se presenten glosas con responsabilidad del acto médico, se le informara al profesional para su sustentación, el cual deberá hacerlo dentro de las veinticuatro horas siguientes, de acuerdo con el protocolo de glosas. **6)** Prestar **el servicio** sin ningún tipo de discriminación de raza, sexo, credo religiosos o condición y teniendo en cuenta los principios éticos. **17)** Afiliarse como trabajador independiente a la seguridad social y cumplir con ello conforme a la Ley, autorizar los respectivos descuentos de la misma al **DESTINATARIO**, y demás descuentos que apliquen, mientras sean claramente convenidos. **TERCERA. OBLIGACIONES DEL DESTINATARIO Y RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROFESIONAL:** En caso de ser aceptada la presente Oferte Mercantil y en desarrollo de la misma, el **DESTINATARIO**, se obligará con el **OFERENTE:** **1)** Emitir la correspondiente Orden de Compra como medio de aceptación de la presente oferta mercantil. **2)** Suministrar la información que sea requerida por el (la) **OFERENTE** para la prestación del servicio objeto de la presente oferta. **3)** Pagar de manera



oportuna a él (la) **OFERENTE** el precio pactado por la prestación del servicio en las condiciones y plazos establecidos en la presente oferta. **4)** al aceptar la presente oferta a establecer con las empresas aseguradoras en salud contratos de prestación de servicios asistenciales que le permita al médico ejercer su profesión a las empresas aseguradoras de salud y a particulares. **5)** Garantizar que en las áreas en las cuales se presten los servicios objeto de esta oferta mercantil, se tengan los equipos y suministros necesarios para garantizar la óptima atención de los usuarios finales del servicio. **6)** Poner a disposición del **OFERENTE** los siguientes recursos: **a)** La infraestructura locativa y tecnológica necesaria para la adecuada prestación del servicio. **b)** Los equipos médicos de diagnósticos y/o terapéuticos y los servicios de apoyo disponibles en el **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**, para la prestación del servicio ofertado. **7)** Mantener en perfecto estado de asepsia, higiene y limpieza los quirófanos, consultorios y en general toda la infraestructura necesaria para la adecuada prestación del servicio que se ofrece. **8)** Atender las acciones judiciales y responder directamente por las fallas que presente la infraestructura locativa y tecnológica o en los equipos médicos y servicios de apoyo, puestos a disposición del **OFERENTE**, respondiendo por el buen funcionamiento de los mismos y por la debida asepsia de ellos, exonerando al **OFERENTE**, por los errores y omisiones en que incurra ésta como consecuencia de las fallas antes mencionadas. **9)** Coordinar, supervisar, controlar y efectuar las recomendaciones necesarias para que el servicio de salud se preste con ética, eficiencia y cumpliendo los estándares de calidad establecidos. **CUARTA. ACEPTACIÓN DE ESTA OFERTA CONSISTENTE EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGÍA GENERAL** La presente oferta de servicios es irrevocable, por lo tanto la orden de Compra que se genere en caso de aceptación de la misma, deberá ser emitida por **EL DESTINATARIO** dentro de los Quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma. De igual manera, la presente oferta se entenderá aceptada al momento en que el representante legal de **EL DESTINATARIO**, entregue debidamente firmada al **OFERENTE** la orden irrevocable de aceptación del ejercicio profesional de médico en CNSR, mediante la expedición de una **orden de compra** o le otorgue por medio del comité especializado para el efecto, las prerrogativas para ejercer su especialización en el **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**. En caso contrario se entenderá que **EL DESTINATARIO** no la acepta y la rechaza y en consecuencia libera al **OFERENTE** de las obligaciones que surjan en virtud de la misma. De ser aceptada la presente oferta, ésta constituirá el acuerdo integro de las partes con respecto a la materia de la misma. **QUINTA. LUGAR DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LA OFERTA Y TERMINACIÓN:** Durante la vigencia del presente contrato o cualquiera de sus prorrogas, cualquiera de las partes podrá dar por terminado el presente contrato mediante comunicación escrita con una antelación no menor a treinta (30) días calendario a la fecha en que desee darlo por terminado sin que ello de lugar al reconocimiento de multas, daños o perjuicios. **EL OFERENTE**, ofrece suministrar el servicio descrito en el Objeto de ésta Oferta en la(s) sede(s) de el Destinatario en la Ciudad de Santiago de Cali, así mismo la oferta tendrá una vigencia de Dos (2) años, contados a partir del 28 de Julio de 2017, hasta el 27 de Julio de 2019 y se ejecutará y desarrollará durante todo el tiempo que **EL DESTINATARIO** requiera la prestación de los servicios médicos especializados en **CUIDADO CRITICO**.



Estos servicios médicos se prestan teniendo en cuenta los turnos siempre que se encuentren pactados y/o al sistema de asistencia a pacientes según necesidad del **DESTINATARIO**, que deben cumplirse en la atención de los pacientes, mediante anexo que hará parte de la presente Oferta, lo cual se entenderá pactado por las partes desde el momento de la aceptación de la oferta. Esta oferta es susceptible de renovación automática, para cuyo efecto se debe contemplar en el presente documento o mediante anexo, las condiciones de renovación, claramente determinadas o determinables y siempre que el **OFERENTE** o el **DESTINATARIO** no realicen manifestación expresa de su intención de no renovar; al contrario, la sola modificación de una cualquiera de las condiciones para un nuevo periodo la constituye en una nueva oferta, sujeta a aceptación por el **DESTINATARIO** y su terminación ocurrirá de pleno derecho al vencimiento. **Parágrafo:** De la misma manera la presente Oferta Mercantil Terminará y cesarán las obligaciones recíprocas entre las partes, por el mutuo consentimiento, caso en el cual se levantará acta de terminación y se liquidará la prestación del servicio. **SEXTA. REMUNERACIÓN O COSTO DE LOS SERVICIOS OBJETO DE OFERTA Y SU FACTURACIÓN:** El valor de la presente Oferta es indeterminado pero determinable de la siguiente forma: El médico recibirá en razón de ésta oferta de servicios médicos los siguientes valores **1)** Un valor por la prestación del servicio producto de su ejercicio profesional a los pacientes e instituciones objetos de esta oferta, con base en el costo establecido en el anexo arriba mencionado. **EL DESTINATARIO** relacionará mensualmente los honorarios correspondientes por cada uno de los servicios prestados por **EL OFERENTE** y este a su vez presentará una factura al **DESTINATARIO** por estos valores. **Parágrafo.-** El anexo al cual se refiere la presente condición permite la posibilidad de discusión y establecimiento directo de los honorarios entre los Profesionales Médicos con CNSR. Los paquetes que arma CNSR, con los distintos operadores y/o aseguradores, no tienen discusión y es el médico quien se adhiere a los honorarios establecidos en los mismos, los cuales se trasladarán al anexo mencionado. **2)** El pago de cada factura se realizará de acuerdo al anexo que hace parte de esta oferta mercantil. **3)** De la misma manera, mediante el anexo determinado en la Condición Quinta del Presente documento el **DESTINATARIO**, podrá pactar y reconocer una suma mensual que con el **OFERENTE** convengan, de manera adicional para descanso, la que se acumulará durante la vigencia de la Oferta y su pago se realizará en forma anual, al término de la vigencia de la Oferta o en la fecha que se convenga. **SÉPTIMA. RELACIÓN LABORAL.-** Las partes entienden y aceptan que el presente documento es una oferta mercantil y que por lo tanto no genera entre ellas ni entre sus empleados o trabajadores asociados, ninguna relación de carácter laboral, ni de ninguna otra índole. Cada una de las partes será la única responsable por las obligaciones de sus propios empleados o de sus trabajadores asociados, y en ningún caso se podrá derivar o imputar responsabilidad a la otra parte. De igual manera se deja expresa constancia que entre ellas no se creará sociedad de hecho, asociación ó agencia comercial y que mutuamente se exoneran de toda responsabilidad laboral, fiscal y comercial por el desarrollo del objeto de esta oferta y por las relaciones surgidas entre ellas y: a) Sus empleados; b) Sus trabajadores asociados; c) El Estado, y; d) Sus proveedores. **Parágrafo:** Como consecuencia de lo anterior, el **OFERENTE** expresamente declara que no está ofreciendo prestar un servicio a riesgos compartidos, y por lo tanto entre ella y **EL DESTINATARIO** no habrá obligaciones solidarias frente a terceros por la ejecución y desarrollo de la presente oferta, asumiendo cada



parte su propio riesgo en las obligaciones a su cargo. **OCTAVA. CONDICIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL.-** Al tenor de la presente Oferta y a efecto de iniciar la prestación del servicio el **OFERENTE**, en su carácter de independiente debe demostrar su afiliación a la seguridad social, tales como E.P.S, A.R.P (voluntario), y Pensiones. **Parágrafo:** El profesional Médico vinculado mediante la presente Oferta Mercantil, estará en la obligación de afiliarse al Riesgo de ARP, mientras se encuentre al servicio y en las Instalaciones del **DESTINATARIO**, mediante la planilla "Y", en razón de la presunción de solidaridad reconocida por la Ley. **NOVENA. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS-** Las partes convienen que mediante escrito, que hará parte integrante de la presente Oferta mercantil, se realizarán las siguientes autorizaciones, siempre que apliquen para los casos particulares del profesional médico que las suscriba: **1.** Para que sus cotizaciones a la seguridad social y ARP, sean descontadas del costo del servicio que facture mensualmente, sin que ello signifique o permita interpretación de subordinación laboral. **2.** Para que descuento de los honorarios, las sumas acordadas por concepto del costo de prima de los seguros de Responsabilidad Civil Médica, ofrecida como garantía, siempre y cuando el **OFERENTE**, la contratara a través de la CNSR, sin que ello signifique o permita interpretación de subordinación laboral. **3.** Siempre que se establezca mediante el anexo antes mencionado; para que descuento de los honorarios, las sumas adicionales acordadas, determinadas en el punto 3) de la Condición Sexta de la Oferta y los deposite a una cuenta administrativa de CNSR, para ser reembolsadas al **OFERENTE**, al vencimiento de la Oferta o en la fecha que se convenga, sin que ello signifique o permita interpretación de subordinación laboral. **DÉCIMA. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD.-** El Oferente manifiesta bajo la gravedad del juramento que su estado de salud es óptimo y no padece ningún tipo de enfermedad infecto contagiosa, que no le permita desempeñarse en su encargo o en comunidad, según se hace constar mediante certificado médico que acompaña y que hace parte de la presente Oferta. **DÉCIMA PRIMERA. CONDICIÓN ESPECIAL DE GARANTÍAS:** Es condición especial para que la presente oferta una vez aceptada, inicie su ejecución y desarrollo y genere derechos y obligaciones entre **OFERENTE** y **DESTINATARIO: EL OFERENTE**, deberá constituir una póliza de seguro de **Responsabilidad Civil Profesional** con una Compañía aseguradora establecida en Colombia y de reconocida solvencia económica, cuya Póliza Matriz, haya sido aprobada por la Superintendencia Financiera; durante el tiempo que preste sus servicios médicos en el **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**, por una suma igual o equivalente a **NOVECIENTOS DIEZ SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES ( 910 SMLV )**, para aquellos Profesionales Médicos, catalogados dentro de las Categorías 5 y 8, y para alto riesgo de la clasificación que tiene el asegurador de acuerdo con el riesgo, entre los que se considera al Profesional de Cirugía General, la cual tendrá una vigencia igual a la de la Oferta y Treinta (30) días más. **DECIMA SEGUNDA. SOLIDARIDAD. El DESTINATARIO**, prestará toda su colaboración al **OFERENTE** y acompañamiento moral, con el objeto de no dejar solo al profesional médico frente a situaciones que le sean atribuibles por errores u omisiones, para cuyo efecto, además de las garantías que debe contratar el **OFERENTE**, para proteger su patrimonio en caso de una Responsabilidad Civil Médica, el **DESTINATARIO**, igualmente contratará, el Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales, con el objeto de proteger su patrimonio, representado además en los intereses de sus socios



y por la presunción de responsabilidad compartida que se pudiere determinar, como consecuencia de la prestación del servicio, no sin antes dejar claro que por la ejecución y desarrollo de la presente oferta, no implica relación laboral de ningún orden, pues se reitera, que **EL OFERENTE** es autónomo técnica y profesionalmente, sin ninguna subordinación ni dependencia con **EL DESTINATARIO**. Cada parte asume su propio riesgo en las obligaciones a su cargo; así **EL OFERENTE** responderá por la actividad del servicio médico y la diligencia y prudencia que ella debe tener en el ejercicio de su encargo para la atención de los pacientes en CNSR y el **DESTINATARIO** en lo que le corresponda. **DECIMA TERCERA.- DIFERENCIAS:** En el evento que surjan diferencias entre **OFERENTE** y **DESTINATARIO**, por razón o con ocasión de la presente oferta, su desarrollo, ejecución y/o liquidación, se buscarán mecanismos de arreglo directo tales como la negociación directa, la amigable composición o la conciliación. Para estos efectos se dispondrá de un término de Quince (15) días calendarios, contados a partir del día hábil siguiente a aquél en que **OFERENTE** o **DESTINATARIO** haga una solicitud en tal sentido, el que podrá ser prorrogado por mutuo acuerdo. En el evento en que no se llegue a una solución de las diferencias, éstas se someterán a decisión arbitral. **DECIMA CUARTA. CLAUSULA COMPROMISORIA.-** Las diferencias que surjan entre **OFERENTE** y **DESTINATARIO** de la presente oferta y que no hubieren podido resolverse en los términos de la condición anterior, se someterán a decisión arbitral, que se sujetará a lo dispuesto en la Ley 446 de 1998 y el Decreto 1818 de 1998, o en las normas que lo reglamenten, adicionen o modifiquen, de acuerdo con las siguientes reglas: a) El Tribunal estará integrado por Un Árbitro. b) El Árbitro será nombrado por las partes de común acuerdo. Si dentro del término de Diez (10) días hábiles, esto no fuere posible, el Árbitro será designado por el centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Cámara de Comercio de Cali. c) La organización interna del Tribunal se sujetará a las reglas previstas para el efecto por el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Cali. d) Los gastos y honorarios del proceso arbitral se establecerán con base en las tarifas vigentes del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición de la Cámara de Comercio de Cali, aprobadas por el Ministerio del Interior y de Justicia. e) El Tribunal decidirá en Derecho. El laudo será proferido, dentro de los Cuarenta y Cinco (45) días calendarios siguientes a la conformación del tribunal. f) El Tribunal funcionará en Cali, en el Centro de Conciliación, Arbitraje y amigable Composición de la Cámara de Comercio de ésta ciudad. **DECIMA QUINTA.- TERMINACION ANORMAL.-** El **OFERENTE** o el **DESTINATARIO**, en forma unilateral puede dar por terminada la relación que surge con ocasión de la aceptación de la presente oferta, por las siguientes causas: a) Por incumplimiento del **OFERENTE** o del **DESTINATARIO** de cualquiera de las obligaciones contraídas por la presente oferta y su aceptación. b) Por incurrir el **OFERENTE** o el **DESTINATARIO**, en situación de quiebra, concordato preventivo, liquidación administrativa, insolvencia u otro hecho jurídicamente comprobado que afecte o pudiere afectar, la relación normal entre el **OFERENTE** y **DESTINATARIO**. d) Por haber incurrido el **OFERENTE** o el **DESTINATARIO**, en errores y omisiones en el ejercicio de su actividad profesional y que afecte la relación entre **OFERENTE** y **DESTINATARIO** y sea contrario a las condiciones que rodearon la aceptación de la Oferta. e) Cuando el oferente o sus médicos remitidos para el desarrollo de esta oferta hayan incurrido en el ejercicio indebido de la profesión, cuando se encuentren impedidos para realizarla y ésta sea desconocida por el **OFERENTE** o el **DESTINATARIO** y/o se le hubiere ocultado. **PARÁGRAFO 1:** Para efectos de dar por terminada unilateralmente la relación que surja con ocasión de la



aceptación de la presente oferta, la parte cumplida comunicará por escrito al otro, su voluntad en tal sentido, los motivos que dieron origen a la decisión, si a ello hubiere lugar, y la fecha a partir de la cual la misma tiene operancia, dejando a disposición del **OFERENTE**, los valores objeto del negocio para su retiro.

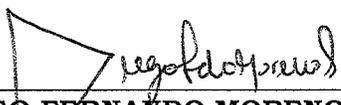
**PARÁGRAFO 2:** Se exceptúa de este trámite, la causal de terminación indicada en la Cláusula Quinta. **DECIMA SEXTA: FUERZA MAYOR Y CASO FORTUITO.- EL OFERENTE y EL DESTINATARIO**, quedarán exentos de toda responsabilidad por dilación u omisión en el cumplimiento de sus obligaciones cuando dichos eventos ocurran por causa constitutiva de fuerza mayor o caso fortuito, es decir por causas fuera de su control, debidamente comprobadas y que no impliquen falta o negligencia de éstos. Si no hubiere acuerdo sobre éstos eventos, se atenderán a lo que se determine mediante la aplicación de la Cláusula Compromisoria, expresada en la Condición Décima Cuarta de éste documento de Oferta. **DECIMA SEPTIMA. CLÁUSULA PECUNIARIA.-** El incumplimiento de las obligaciones de cualquiera de las partes, establecidas en esta oferta, dará lugar al pago de una sanción pecuniaria equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes en la República de Colombia, al tiempo de la falta. El pago de la sanción no exime a la parte cumplida de adoptar todas las medidas tendientes a suspender los actos constitutivos de la revelación o a mitigar sus efectos. Esta suma será cobrada en caso de incumplimiento, por cualquiera de las partes, de alguna de las obligaciones emanadas de esta oferta y sin menoscabo de la efectividad de la póliza de garantía aquí pactadas. Si los perjuicios causados fueren mayores al valor de esta sanción pecuniaria, la parte cumplida podrá exigir el pago del mayor valor de dichos perjuicios por la vía judicial, por cualquier medio de solución de conflictos, incluso los previstos en el presente documento. El pago de la sanción pecuniaria no exime a la parte incumplida de la indemnización por perjuicios que se causen. La presente oferta, será prueba suficiente y prestará mérito ejecutivo para el cobro de esta pena por la vía judicial, por cualquier medio de solución de conflictos, incluso los previstos en el presente documento, sin necesidad de requerimiento, ni constitución en mora, instancias a las cuales las partes renuncia expresamente. **DECIMA OCTAVA. CUMPLIMIENTO DE NORMAS SOBRE CONTROL AL LAVADO DE ACTIVOS: EL OFERENTE**, mediante el presente documento de oferta y el **DESTINATARIO**, con la aceptación de la oferta expresan que se adhieren a la siguiente declaración de voluntad: 1) Cumplen con las normas generales y particulares sobre prevención y control al lavado de activos. 2) Poseen mecanismos de prevención y control del lavado de activos, conocimiento del cliente, detección y reporte de operaciones sospechosas y control al financiamiento del terrorismo. **DÉCIMA NOVENA. EFECTOS FISCALES:** En caso de ser aceptada esta oferta, tanto **EL OFERENTE** como **EL DESTINATARIO**, responderán por los efectos fiscales del mismo en sus obligaciones para con el Estado. **VIGÉSIMA. CONFIDENCIALIDAD. EL OFERENTE**, mediante la presente oferta y el **DESTINATARIO**, con la aceptación de la misma, se obligan a mantener en forma confidencial los términos y condiciones de la presente oferta, de tal manera que ninguna persona distinta de ellas conozca de la existencia de ésta y sus condiciones. **VIGÉSIMA. DIRECCIÓN NOTIFICACIONES. EL OFERENTE** señala las siguientes direcciones para recibir notificaciones: Todas las notificaciones relacionadas con la presente oferta serán dadas por escrito, a las direcciones que se indican a continuación. Se entenderá surtida la notificación (i) cuando sea enviada por correo o certificado, al día siguiente a aquel de su entrega por el correo a su destinatario, o (ii) el mismo día en que se envía



una comunicación vía fax o se entrega un correo personalmente, siempre que se obtenga el recibo correspondiente. Las notificaciones serán enviadas a: El (Los) señor(es) Oferente(s), señor(a), **DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ** en la Ciudad de Cali, Celular. 312-8667969 El(Los) Destinatario(s), señores **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, en la Avda. 2 Nte. No 24N-157, de la Ciudad de Cali, Para constancia de lo anterior, se firma por el **OFERENTE**, el día 28 del mes de Julio del año Dos Mil Diecisiete (2017).

Esta Oferta se expide en dos originales, uno para **EL OFERENTE** y el otro para **EL DESTINATARIO**, y se regirá por el Código de Comercio y las normas pertinentes que lo regulen.

**EL OFERENTE**

Firma:   
Nombre: **DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**  
CC. No **94.410.097** de Cali



## ANEXO. N°4 A LA OFERTA

La suscrita Directora Médica, del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, deja constancia que el **Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ** con cedula de ciudadanía **No. 94410097** se encuentra vinculado con la Institución bajo la Modalidad de **OFERTA MERCANTIL** para la prestación de servicios en su carácter de independiente y actualmente presta sus servicios como **MEDICO INTENSIVISTA**.

### **COORDINACION EN UCI:**

Desempeñará las funciones de planificación y coordinación en UCI por un valor mensual de \$3.200.000 cumpliendo todas las funciones pactadas con pago a treinta (30) días después de la fecha de radicación de la factura.

### **PRESTACION DE SERVICIOS EN UCI:**

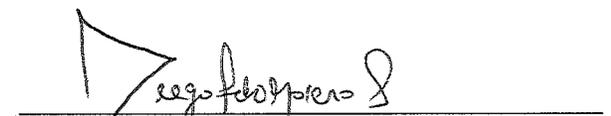
El valor a reconocer por el servicio prestado en el servicio de la UCI será de noventa y cinco mil pesos (\$95.000) / hora por turno presencial.

NOTA: este anexo reemplaza los anteriores

Los honorarios médicos serán cancelados a los sesenta (60) días después de la fecha de radicación factura y serán sujetos a la retención en la fuente de acuerdo a la normatividad vigente y al porcentaje de administración del 7% establecido por la institución por la gestión administrativa.

Se firma en Santiago de Cali, al (01) día del mes de noviembre de 2023.

  
**CLAUDIA A. GARCIA GOMEZ**  
Directora Médica

  
**DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**  
Médico Intensivista



### **ANEXO. N°3 A LA OFERTA**

La suscrita Directora Médica, del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, deja constancia que el **Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ** con cedula de ciudadanía **No. 94410097** se encuentra vinculado con la Institución bajo la Modalidad de **OFERTA MERCANTIL** para la prestación de servicios en su carácter de independiente y actualmente presta sus servicios como **MEDICO INTENSIVISTA**.

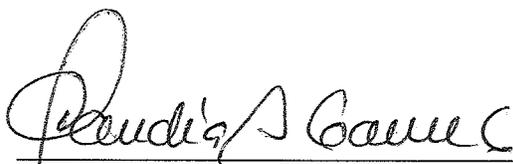
#### **PRESTACION DE SERVICIOS EN UCI:**

El valor a reconocer por el servicio prestado en el servicio de la UCI será de ochenta y seis mil trescientos veinte pesos (\$86.320) / hora por turno presencial.

NOTA: este anexo reemplaza los anteriores

Los honorarios médicos serán cancelados a los sesenta (60) días después de la fecha de radicación factura y serán sujetos a la retención en la fuente de acuerdo a la normatividad vigente y al porcentaje de administración del 7% establecido por la institución por la gestión administrativa.

Se firma en Santiago de Cali, al (01) día del mes de marzo de 2023.



**CLAUDIA A. GARCIA GOMEZ**  
Directora Médica



**DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**  
Médico Intensivista



**ANEXO N°2 A LA OFERTA**

**ANEXO QUE HACE PARTE DE LA OFERTA MERCANTIL EL DR DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS HONORARIOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS**

Edison Valencia Trujillo, Director Médico, del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, deja constancia que el **Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ** se encuentra vinculado con la Institución bajo la Modalidad de **OFERTA MERCANTIL** para la prestación de servicios en su carácter de independiente y actualmente presta sus servicios como **MEDICO INTENSIVISTA**.

**COORDINACION EN UCI:**

Desempeñara las funciones de planificación y coordinación en UCI por un valor mensual de \$3.200.000 cumpliendo todas las funciones pactadas. Al valor de la factura se descuenta el porcentaje de Retención en la fuente y demás descuentos de norma.

Se firma en Santiago de Cali, a los Veintiocho (28) días del mes de julio de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
**EDISON VALENCIA TRUJILLO**  
Director Médico

  
\_\_\_\_\_  
**DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**  
Médico Intensivista



**ANEXO.**

Edison Valencia Trujillo, Director Médico, del **INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, deja constancia que el **Dr. DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ** se encuentra vinculado con la Institución bajo la Modalidad de **OFERTA MERCANTIL** para la prestación de servicios en su carácter de independiente y actualmente presta sus servicios como **MEDICO INTENSIVISTA**.

**SERVICIOS DE MEDICO ESPECIALISTA EN LA UCI:**

Las realizaciones de turnos en la unidad de cuidado intensivo tendrán un valor de \$83.000 pesos hora con pago a 60 días y con porcentaje de administración del 5%.

Se firma en Santiago de Cali, a los Veintiocho (28) días del mes de julio de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
**EDISON VALENCIA TRUJILLO**  
Director Médico

  
\_\_\_\_\_  
**DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ**  
Médico Intensivista





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO**

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**CONVENIO SCARE**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.	SUCURSAL AGENCIA MANDATARIA - PARQUE 93	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 62-03-101026324	ANEXO No. 10
--------------------------------------	--	---	-------------------------------	-----------------

TOMADOR DIRECCION ASEGURADO DIRECCION BENEFICIARIO	<b>SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION SCARE</b> <b>CR 15 A NRO. 120 - 74</b> <b>DIEGO FERNANDO MORENO SANCHEZ</b> <b>CL 25 NRO. 2 N - 57 CONS 407</b> <b>TERCEROS AFECTADOS</b>	CIUDAD CIUDAD	<b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT.</b> <b>CALI, VALLE</b>	NIT TELEFONO CC TELEFONO NIT	<b>860.020.082-1</b> <b>6196077</b> <b>94.410.097</b> <b>3128667969</b> <b>0-0</b>
--	--	------------------	--	--	--

FECHA DE EXPEDICION (D-M-A)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)	DESDE LAS 24 HORAS (D-M-A)	HASTA LAS 24 HORAS (D-M-A)
21 / 10 / 2024	01 / 11 / 2024	01 / 11 / 2025	01 / 11 / 2024	01 / 11 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COMPAÑIA	COASEGURO CEDIDO	% PARTICIPACION
AGENCIA VITARTIS SEGUROS LTDA	72960	100.00			

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1  
ACTIVIDAD: MEDICINA INTERNA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	\$ 1,220,000,000.00		
		\$ 1,220,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 520,000,000.00 \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,220,000,000.00	PRIMA:	\$ *****318,117.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****60,442.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****378,559.00

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

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CRA. 11A NO. 93A - 62 OFC. 401, TELÉFONO 7422342 - BOGOTA, D.C.  
HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.  
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA PAGO:  
1102110315339-3

(415) 7709998021167 (8020) 11021103153393 (3900) 000000378559 (96) 20251101

*[Handwritten Signature]*

62-03-101026324

FRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JULIANANITOLA

Oficina Principal: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

