

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 1
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07 NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.G. O NIT:	800006150	6
DIRECCIÓN:	CL 5 6 73		CIUDAD:	NEIVA	
E-MAIL:			TELÉFONO:	8718489	
ASEGURADO:	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.G. O NIT:	800006150	6
DIRECCIÓN:	CL 5 6 73		CIUDAD:	NEIVA	
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		TEL:	8718489	
DIRECCIÓN:	0		C.G. O NIT:	082740	

VIGENCIA		CIUDAD:	TEL:	
DD MM AAAA	DD MM AAAA	0	0	
DESDE	HASTA			
22 04 2018	22 04 2019			

INTERMEDIARIO		COASEGURO			PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A						
							VALORES
							PRIMA
							PESOS
							154,717,140.00
							GAST. EXPED.
							PESOS
							0.00
							IVA
							PESOS
							29,396,257.00
							TOTAL
							184,113,397.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	154,717,140.00	10.00	20,000,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	20,000,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Evento	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	20,000,000.00
Gastos Médicos - Vigencia	22-04-2018	22-04-2019	0.00	100,000,000.00	0.00	0.00	0.00
Gastos Médicos - Evento	22-04-2018	22-04-2019	0.00	50,000,000.00	0.00	0.00	0.00
Daño Moral - Vigencia	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	10,000,000.00
Daño Moral - Evento	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	10,000,000.00
Lucro Cesante - Vigencia	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	10,000,000.00
Lucro Cesante - Evento	22-04-2018	22-04-2019	0.00	2,000,000,000.00	0.00	10.00	10,000,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	22-04-2018	22-04-2019	0.00	50,000,000.00	0.00	10.00	3,000,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	22-04-2018	22-04-2019	0.00	50,000,000.00	0.00	10.00	3,000,000.00

OBJETO DE LA PRESENTE PÓLIZA:

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES ATRIBUIBLES A LA EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD "EMCOSALUD" Y/O SOCIEDAD CLINICA - EMCOSALUD S.A. COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA DURANTE LAS ACTIVIDADES MEDICAS COMO INSTITUTO PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.

UBICADO DEL RIESGO: SEGUN RELACION ADJUNTA.

PERSONAL ASEGURADO EN TOTAL 549. SEGUN RELACION ADJUNTA.

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA.

NOTA: TOMADOR/GARANTIZADO: EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD NIT. 800.006.150-6 Y/O SOCIEDAD CLINICA - EMCOSALUD S.A. NIT. 813.005.431-3.

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 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 REGISTRO Y SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI 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 2.312.1.1 DEL DECRETO 2595 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 2.312.1.4 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.

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-0D-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004375650 10/08/2017. NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR



(415)7709998911901(8020)0738001012

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

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

confianza.com.co

Wed, 9 May 2018 14:27:24

GL-FO-25-03

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 2
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07. NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO:		8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		8718489	
DIRECCIÓN:		0		C.C. O NIT: 082740			
VIGENCIA		CIUDAD: 0		TEL: 0			
DD MM AAAA		DD MM AAAA		VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DESDE 22 04 2018		HASTA 22 04 2019		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
						NUEVA	
						2,000,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A					PRIMA	PESOS
						GAST. EXPED.	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	184,113,397.00

COBERTURAS:
* BASICO

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL 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, SI EL SERVICIO PRESTADO FUE DURANTE LA MISMA VIGENCIA Y DENTRO DE LOS PREDIOS DONDE SE PRESTE EL SERVICIO.

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. LA SOLIDARIDAD DEL ASEGURADO POR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE EN LOS ACTOS U OMISIONES PROFESIONALES COMETIDOS POR EL PERSONAL BAJO RELACIÓN LABORAL, EN EL EJERCICIO DE SUS RESPECTIVAS FUNCIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, SIN QUE LA MISMA IMPLIQUE COBERTURA PRIMARIA INDIVIDUAL PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS.

2. ASÍ MISMO LA PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL DE LOS PROFESIONALES A SU SERVICIO YA SEAN ADSCRITOS O POR CONTRATO LABORAL EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES IMPUESTAS A SU CARGO DE PARTE DE LA INSTITUCIÓN, HASTA POR UN VALOR ASEGURADO DE COP \$500.000.000 POR CADA MÉDICO, SIN EMBARGO, LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA POR LA COBERTURA OTORGADA EN SU EL LÍMITE ÚNICO AGREGADO ANUAL NO SERÁ SUPERIOR A \$2.000.000.000. DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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 DICHS 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.

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.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI 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 NOTAS" 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 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-IVA, 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.

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-00-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004375650 10/08/2017. NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



(415)770998911901(8020)0738001012

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

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

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Wed, 9 May 2018 14:27:24

GL-FO-25-03

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 3
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07. NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO:		8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		8718489	
DIRECCIÓN:		0		C.C. O NIT:		082740	
VIGENCIA		CIUDAD: 0		TEL:		0	
DD MM AAAA		DD MM AAAA		VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DESDE 22 04 2018		HASTA 22 04 2019		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
						NUEVA	
						2,000,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A					PRIMA	PESOS
						GAST. EXPED.	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	184,113,397.00

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

QUEDA CUBIERTA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL 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 EXTRA CONTRACTUAL EN SU FORMA SU-OD-04-04- ABRIL - 2018, 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.

AMPARO: LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES
LÍMITE ASEGURADO:

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA QUE LA PRESENTE PÓLIZA CUBRE LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DAÑO MORAL Y LUCRO CESANTE DE ACUERDO A LOS LÍMITES INDICADOS EN LA PÓLIZA Y EL ALCANCE DE DICHA CONSTANCIA EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CLÁUSULA SE DEJA CONSTANCIA QUE LA COMPANHIA 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 REPUBLICA 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, RESPONDERA 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 RESPONDERA POR EL LUCRO CESANTE Y DAÑO MORAL DEBIDAMENTE PROBADOS 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

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPANHIA 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 PUEDIERE EXPONER A LA COMPANHIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES

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 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 PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI 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 PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.

"VER NOTAS" EN LOS GASTOS 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

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-LVA-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

MENTIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCAMENTE 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-1-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004379650 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 8511

SU-FO-10-01

TOMADOR



(415)7709998911901(8020)0738001012

COMPANHIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

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

confianza.com.co

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Wed, 9 May 2018 14:27:25

GL-FO-25-03

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 4
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07. NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO:		8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		8718489	
DIRECCIÓN:		0		C.C. O NIT:		082740	
				CIUDAD:		0	
				TEL:		0	
VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS					
DESD E		HASTA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
DD MM AAAA		DD MM AAAA				NUEVA	
22 04 2018		22 04 2019				2,000,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART		NOMBRE		COMPANIA		% PRIMA	
100.00		ASESORES DE SEGUROS LTDA. A				VALOR ASEGURADO	
						TRM	
						PRIMA	
						MONEDA	
						VALORES	
						PESOS	
						154,717,140.00	
						GAST. EXPED.	
						PESOS	
						0.00	
						IVA	
						PESOS	
						29,396,257.00	
						TOTAL	
						184,113,397.00	

AMPARO: GASTOS DE DEFENSA

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

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 EXTRA CONTRACTUAL, POR ENDE LA COBERTURA PROFESIONAL NO SE EXTIENDE A LOS MISMOS.
- * 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 ÉSTA RESPONSABILIDAD EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR LA SOLICITUD POR ESCRITO JUNTO CON EL LISTADO DE LOS VEHÍCULOS UTILIZADOS EN DICHS SERVICIOS Y LA COMPANÍA LO OTORGARÁ REALIZANDO EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.
- * AVISO DEL SINIESTRO

EXCLUSIÓN DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPANÍA 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 COMPANÍA 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 COMPANÍA.

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 CARTULAS 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 PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI 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 NOTAS EN LOS GASTOS 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.

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.

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

RES. DIAN NO. 18762004375650 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



TOMADOR

SU-FO-10-01

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificación: Calle 99 N° 31-37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 9 May 2018 14:27:25

GL-FO-25-03

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

Página 6

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07, NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO:		8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		8718489	
DIRECCIÓN:		0		C.C. O NIT: 082740			
CIUDAD:		0		TEL:		0	
VIGENCIA				VALOR ASEGURADO EN PESOS			
DD MM AAAA		DD MM AAAA		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
DESDE 22 04 2018		HASTA 22 04 2019				NUEVA	
						2,000,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA			
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A						
						PRIMA	VALORES
						PESOS	154,717,140.00
						GAST. EXPED.	0.00
						IVA	29,396,257.00
						TOTAL	184,113,397.00

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 DIEZ (10) 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 ÉSTAS OBLIGACIONES, CONFIANZA S.A., DEDUCIRÁ DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

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.

* TÉRMINO 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 PRESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 1081 Y 1131.

* 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.

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

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)

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

COM LA FIRMA Y/O EL REDIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, 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 BUROJALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO EL PAÍS.

VER NOTAS 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 2585 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.

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 SEÑALES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSFERENCIA 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. 18762004375650 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



TOMADOR

(415)7709989911901(6020)0738001012

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

comianza.com.co
Dirección para notificaciones: Calle 42 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Wed, 9 May 2018 14:27:25

GL-FO-25-03



CONFIANZA

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 6
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07. NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150 6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD: NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO: 8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150 6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD: NEIVA TEL: 8718489	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT: 082740	
DIRECCIÓN:		0		CIUDAD: 0 TEL: 0	
VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD MM AAAA 22 04 2018		HASTA DD MM AAAA 22 04 2019		ANTERIOR	
				ESTA MODIFICACIÓN	
				NUEVA 2,000,000,000.00	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA	
%PART 100.00	NOMBRE ASESORES DE SEGUROS LTDA. A	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO
					TRM
					PRIMA
					PESOS
					154,717,140.00
					GAST. EXPED.
					PESOS
					0.00
					IVA
					PESOS
					29,396,257.00
					TOTAL
					184,113,397.00

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 ANORMALIDADES 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

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 CONOCI 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. - RÉGIMEN 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-00-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004375650-10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR



(415)770998911901(8020)0738001012

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

Dirección para notificación: Calle 82 N° 41 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Wed, 9 May 2018 14:27:25

GL-FO-25-03



CONFIANZA

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 07
CERTIFICADO 07
Página 7
RC000760
RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07. NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT:	800006150	6
DIRECCIÓN:	CL 5 6 73		CIUDAD:	NEIVA	
E-MAIL:			TELÉFONO:	8718489	
ASEGURADO:	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT:	800006150	6
DIRECCIÓN:	CL 5 6 73		CIUDAD:	NEIVA	TEL. 8718489
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS		C.C. O NIT:	082740	
DIRECCIÓN:	0		CIUDAD:	0	TEL. 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DESDE	HASTA	ANTERIOR	NUEVA
DD MM AAAA 22 04 2018	DD MM AAAA 22 04 2019		2,000,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	VALORES
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A					
						TRM
						PRIMA
						GAST. EXPED.
						IVA
						TOTAL
						154,717,140.00
						0.00
						29,396,257.00
						184,113,397.00

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 PATOGENICOS (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:

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 CONOCI 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 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 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 MANIFESTO 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. 18762004375650-10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511



SU-FO-10-01

TOMADOR

(415)770998911901(8020)0738001012

COMPANÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

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

Wed, 9 May 2018 14:27:25

GL-FO-25-03

**CONFIANZA**

Swiss Re
Corporate Solutions
NIT. 860.070.374-9

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y**

Página 8
PÓLIZA 07 RC000760
CERTIFICADO 07 RC001012

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0738001012

SUCURSAL: 07- NEIVA

USUARIO: FALLAL

TIP CERTIFICADO: Nuevo

FECHA

DD MM AAAA
09 05 2018

TOMADOR:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
E-MAIL:				TELÉFONO:		8718489	
ASEGURADO:		EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD - EMCOSALUD		C.C. O NIT: 800006150		6	
DIRECCIÓN:		CL 5 6 73		CIUDAD:		NEIVA	
BENEFICIARIO:		TERCEROS AFECTADOS		TEL:		8718489	
DIRECCIÓN:		0		C.C. O NIT:		082740	
VIGENCIA		CIUDAD: 0		TEL:		0	
DD MM AAAA		DD MM AAAA		VALOR ASEGURADO EN		PESOS	
DESDE 22 04 2018		HASTA 22 04 2019		ANTERIOR		ESTA MODIFICACIÓN	
INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		NUEVA	
2,000,000,000.00							
%PART	NOMBRE	COMPañIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA
100.00	ASESORES DE SEGUROS LTDA. A						VALORES
						PRIMA	PESOS
						GAST. EXPED.	PESOS
						IVA	PESOS
						TOTAL	184,113,397.00

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.

ALCANCE Y EXCLUSIONES DE ACUERDO AL CLAUSULADO DE CONFIANZA S.A.

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.

CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI 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.

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE 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.

VER NOTA EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA 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-DO-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762004375650 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000952 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR



(415)7709998911901(8020)0738001012

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

Documento FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO
Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia
confianza.com.co

Wed, 9 May 2018 14:27:25

QL-FO-25-03



CONFIANZA

Swiss Re
Corporate Solutions

NIT. 890.170.571-9

**ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA CLINICAS Y
RC000760/RC001012.**

CARGOS	TOTAL
AUXILIARES DE ENFERMERIA	110
ANESTESIOLOGO	4
BACTERIOLOGIA	6
CARDIOLOGIA	1
CIRUGIA DE MANO	1
CIRUGIA GENERAL	4
CIRUGIA VASCULAR	1
CIRUGIA HEPATOBILIAR	1
CIRUGIA PEDIATRICA	2
CIRUGIA PLASTICA	2
DEPORTOLOGIA	1
DERMATOLOGIA	1
ENDOGRINOLOGIA	1
ENFERMERAS JEFE	43
ENDODONCIA	1
GASTROENTEROLOGIA	2
GINECOLOGIA	8
INFECTOGIA	1
NEUROPSICOLOGIA	1
MAXILOFACIAL	2
MEDICINA FAMILIAR	2
MEDICINA FISICA	1
MEDICINA GENERAL	51
MEDICINA GENERAL SERVICIO SOCIAL	5
MEDICINA INTENSIVISTA	1
MEDICINA INTERNISTA	8
MEDICINA LABORAL	1
NEFROLOGIA	1
NEONATOLOGIA	1
NEUMOLOGO PEDIATRA	2
NEUROCIRUGIA	2
NEUROLOGIA	2
ODONTOLOGIA PEDIATRICA	1



CONFIANZA



Swiss Re
Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

**ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA CLINICAS Y
RC0007560RC001012.**

CARGOS	TOTAL
OFTALMOLOGIA	1
ORTOPEDIA	4
OTORRINOLARINGOLOGIA	4
OPTOMETRIA	1
PERIODONCIA	1
PEDIATRIA	9
PSICOLOGIA	3
PSIQUIATRIA	2
RADIOLOGIA	1
REUMATOLOGIA	1
TERAPIA	5
UROLOGIA	2
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	243
TOTAL	548

**CONFIANZA**

**ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA CLINICAS Y
RC000760/RC001012.**

NIT. 860.070.374-9

No.	EMPRESA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	DIRECCION	TIPO SEDE
1	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	NEIVA	HUILA	CARRERA 7 N° 16A-05	ASISTENCIAL
2	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	NEIVA	HUILA	CARRERA 6 N° 5A-03	ASISTENCIAL
3	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	CAMPOALEGRE	HUILA	CALLE 9 N° 6-20	ASISTENCIAL
4	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	GARZON	HUILA	CALLE 9 N° 8-08	ASISTENCIAL
5	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	NO TIENE	ASISTENCIAL
6	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	GIGANTE	HUILA	CALLE 2 N° 6- 69	ASISTENCIAL
7	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	LA PLATA	HUILA	CARRERA 6 N° 3-39	ASISTENCIAL
8	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	PITALITO	HUILA	CALLE 4 N° 1B- 24/26	ASISTENCIAL
9	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	SAN AGUSTIN	HUILA	CALLE 3 N° 14- 36	ASISTENCIAL
10	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	TIMANA	HUILA	CARRERA 3 N° 11-60	ASISTENCIAL
11	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD confianza.com.co	NEIVA	HUILA	CALLE 8 N° 11- 12	ADMINISTRATIVA

**CONFIANZA****EMPRESA
COOPERATIVA DE
SERVICIOS DE
SALUD**

12	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	ALGECIRAS	HUILA	CALLE 4 N° 5-34	ASISTENCIAL
13	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	LA ARGENTINA	HUILA	CALLE 5 N° 4-24	ASISTENCIAL
14	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	NEIVA	HUILA	CALLE 17A N° 6-31	ASISTENCIAL
15	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	NEIVA	HUILA	CARRERA 5 N° 18-13	ASISTENCIAL
16	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	LIBANO	TOLIMA	CARRERA 9 N° 4-20	ASISTENCIAL
17	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	NEIVA	HUILA	CARRERA 5 N° 18A-15	ASISTENCIAL
18	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	ESPINAL	TOLIMA	CALLE 11 N° 8-88	ASISTENCIAL
19	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	CHAPARRAL	TOLIMA	CALLE 8 N° 09-60	ASISTENCIAL
20	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	HONDA	TOLIMA	AVENIDA CENTENARIO 20 N° 1-60	ASISTENCIAL
21	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CL 19 N° 7-75 ARRIENDO	ASISTENCIAL
22	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CL 17 N° 7-116	ASISTENCIAL
23	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CRA 5 N 25 - 26	ASISTENCIAL
24	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CLL19#7-99	ASISTENCIAL



CONFIANZA

EMPRESA
COOPERATIVA DE
SERVICIOS DE
SALUD

25	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CL 18 N° 8-70	ASISTENCIAL
26	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	AVENIDA 19 # 7 - 69	ASISTENCIAL
27	EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD	IBAGUE	TOLIMA	CALLE 8 # 18 - 15	ASISTENCIAL
28	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD	NEIVA	HUILA	CALLE 5 N° 6-73	ASISTENCIAL
29	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	CARRERA 7 N° 32-33 OFICINA 2901-2902	ASISTENCIAL
30	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD	NEIVA	HUILA	CALLE 4 N° 10- 23	GERENCIA ADMINISTRATIVA
31	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD	LA DORADA	CALDAS	CARRERA 4 N° 11-13	ASISTENCIAL
32	SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD	GIRARDOT	CUNDINAMARCA	Carrera 8A Nro 20 A - 24	ASISTENCIAL