



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT  
PALACIO DE JUSTICIA CARRERA 10ª No. 37-39 SEGUNDO PISO BARRIO MIRAFLORES  
Girardot - Cundinamarca

**CUADERNO No. 3**

EXPEDIENTE No.

**25307-33-33-002-2018-00362-00**

MEDIO DE CONTROL : REPARACION DIRECTA

**LLAMAMIENTO EN GARANTIA**

DEMANDANTE : DIANA MARCELA BAQUERO  
MEDINA Y OTROS

Apoderado : OTONIEL GONZALEZ OROZCO

DEMANDADO: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE  
FUSAGASUGA Y OTROS

**25307-33-33-002-2018-00362-00**

Fecha de Recibido: MAYO 07 DE 2019

**2018-00362**

Dani Alberto Rojas Flores / — Seguros del Estado

Hosp. FUSC — Coomesalud  
Seguros del Estado

Coomeva eps. — ESE Hosp. FUSC

Coomeva eps — Cia Aseg. Fianzas SA  
con Fidejuzgo SA

Coomeva eps — Seguros del Estado

Hernán Pérez Muñoz — Seguros del Estado

---



SEÑOR

JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE  
GIRARDOT

NATURALEZA: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

RADICACIÓN: 25307333300220180036200

DEMANDANTE: DIANA MARCELA BAQUERO MEDINA Y OTROS

DEMANDADO: FABIO ALBERTO CHAPARRO Y OTROS

25307333300220180036200-ADM-CTO-GIRARDOT

19 MAY 7 224PM

**FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO**, mayor de edad, abogado en ejercicio, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.090.399.250 de Cúcuta y portador de la T.P. No.269.454 expedida por el Consejo Superior De La Judicatura, obrando en mi condición de Apoderado Judicial de **DAVID ALBERTO ROJAS FLOREZ**, respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar escrito de Solución de **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**, dentro de la Acción de Reparación Directa relacionada en la referencia, situación está que se fundamenta en los siguientes:

### HECHOS

La llamada en garantía, de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.S**, en virtud de la póliza de seguro de responsabilidad civil de clínicas y hospitales No. 36 – 03-101002605 emitida por la **SEGUROS DEL ESTADO S.A.S**, de las cuales anexo copias simples a la presente, cuyo objeto del seguro es indemnizar los perjuicios derivados de la posible responsabilidad civil extracontractual del tomador frente a terceros, pólizas estas que se tomaron en desarrollo del objeto de la Cooperativa de mi mandante denominada **COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD, "COOMEDSALUD C.T.A.**, identificada con NIT. 808003421-2, recibe notificaciones en la transversal 12 No. 23 – 15 de Fusagasugá, representada legalmente por **LUZ ANGÉLICA MONCADA MAYORGA**, identificada en con cedula de ciudadanía N°. 39.626.010, o por quien haga sus veces, cuyo objeto "Desarrollar actividades para el apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: Medicina General Hospitalaria, Especialidades de anestesia, Cirugía Plástica, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Fisiatría, Medicina Interna, Patología, Dermatología, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y Lenguaje, Fonoaudiología, Fisioterapia, técnicos en Farmacia, Auxiliar de enfermería Hospitalaria, Auxiliar de Enfermería Comunitaria, Enfermera consulta Externa, Movilización de Pacientes en Camilla, Paramédicos, conductores de ambulancias, Bacteriólogas, Apoyo en Promoción en Salud, ejercer actividades de liderazgo en las diferentes áreas incluyendo el Servicio de urgencias Pediátricas y apoyo logístico Hospitalario a la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

### PRUEBAS

Aporto al Proceso las Siguietes:

1. Copia simple de Póliza de seguro de responsabilidad Civil No. 36 – 03-101002605.

## FUNDAMENTOS DE DERECHOS

Fundamento el presente **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** en el Artículo 64 y S.S, del Código General del Proceso y demás normas concordantes.

## NOTIFICACIONES

Las notificaciones serán recibidas así:

El suscrito Apoderado recibe notificaciones en la Carrera 4 No. 59 – 01 Edificio Inmoval IX apto 302 Bogotá, Correo Electrónico [francoegb@gmail.com](mailto:francoegb@gmail.com).

La **Cooperativa De Trabajadores Asociados Para La Prestación De Servicios A Entidades Del Sector Salud, “COOMEDSALUD**, en su dirección General ubicada en la Transversal 12 No. 23 – 15 del Municipio de Fusagasugá.

La llamada Garantía de seguros del estado, podrá ser notificada en la carrera 11 No. 90 – 20 barrio chico Bogotá D.C. Teléfono 314-344-4444 de la ciudad de Bogotá, D.C.

Del Despacho de la Señora Juez,

Atentamente,

  
**FRANCISCO EDUARDO GONZÁLEZ BOTELLO**  
No. 1.090.399.250 de Cúcuta  
T.P. No.269.454 expedida por el C.S de la J



Organización Pionera en Trabajo  
Asociado por la Salud

COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA  
PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR  
SALUD - COOMEDSALUD C.T.A.  
NIT.808.003.421-2

## LA SUSCRITA GERENTE

### CERTIFICA

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) **DAVID ALBERTO ROJAS FLÓREZ**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1.069.728.116 De Fusagasugá D.C. (Cundinamarca)**, me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) es Asociado (a) en **COOMEDSALUD C.T.A.** desde el **01 de Marzo de 2013** haciendo Contribución de Trabajo como Médico Hospitalario desempeñando sus funciones en el servicio de cirugía, en la Empresa Social de Estado Hospital San Rafael De Fusagasugá hasta el **31 de enero de 2018**.

Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, están regulados por la Ley 79 de 1998, el Decreto 4588 de 2006, Ley 1233 de 2008, los Regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Trabajo según Resolución No. 001974 del 22 de Julio de 2009.

La presente constancia se expide a petición del asociado a los 29 días del mes de Abril de 2019.

Solidariamente,

  
**ANGÉLICA MONCADA MAYORGA**  
Gerente.  
Copia: Archivo





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                        |                                                                                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                                                                                                                                 | SUCURSAL<br>LAGO                                                                                          | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL | POLIZA No.<br>36-03-101002605                                                                            | ANEXO No.<br>0   |
| TOMADOR COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A EN<br>DIRECCION TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA  |                                                                                                           |                                        | NIT 808.003.421-2                                                                                        | TELEFONO 8673934 |
| ASEGURADO COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A E<br>DIRECCION TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |                                                                                                           |                                        | NIT 808.003.421-2                                                                                        | TELEFONO 8673934 |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS                                                                                                                                      |                                                                                                           |                                        | NIT 0-0                                                                                                  |                  |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>16 / 11 / 2016                                                                                                                     | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 17 / 10 / 2016<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 17 / 12 / 2017 |                                        | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 17 / 10 / 2016<br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 17 / 12 / 2017 |                  |
| INTERMEDIARIO<br>CARMEN CECILIA HERRERA CAICEDO                                                                                                                      | CLAVE<br>50985                                                                                            | % PARTICIPACION<br>100.00              | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACION                                                          |                  |

## INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|-------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 344,727,000.00 |         |           |
|                       |                     | \$ 344,727,000.00 |         |           |

DEDUCTIBLES: \* 15.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 5.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ \*\*\*\*\*344,727,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

PRIMA: \$ \*\*\*\*\*12,483,334.00

IVA: \$ \*\*\*\*\*1,997,333.00

TOTAL A PAGAR: \$ \*\*\*\*\*14,480,667.00

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 12 A NO.78 - 65, TELÉFONO 3456323 - BOGOTÁ, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)



(415) 7709998021167 (8020) 11007102472491 (290C) 000014480667 (96) 20161201

REFERENCIA  
PAGO:  
1100710247249-1

36-03-101002605

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

OLGAMORENO

Oficina Principal Cra. 11 No. 92-23 Bogotá D.C. Teléfono 2196977





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO                                                         | POLIZA No                       | ANEXO No.         |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| LAGO         | EMISION ORIGINAL                                                           | 36-03-101002605                 | 0                 |
| TOMADOR      | COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A EN |                                 | NIT 808.003.421-2 |
| DIRECCION    | TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO                                        | CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8673934  |
| ASEGURADO    | COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A E  |                                 | NIT 808.003.421-2 |
| DIRECCION    | TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO                                        | CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8673934  |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                                         |                                 | NIT 0-0           |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA AMPARANDO 45 PROFESIONALES DE LA SALUD, SEGUN LISTADO A CONTINUACION:

\*\*\*LIMITE ASEGURADO: \$ 344.727.000- (500 SMMLV)

| No. | NOMBRE                            | CEDULA     | CARGO                                    |
|-----|-----------------------------------|------------|------------------------------------------|
| 1   | CORREA ZULUAGA GABRIEL            | 19485823   | PROCESO EN FISIATRIA                     |
| 2   | ALVAREZ ESCOBAR PAOLA ANDREA      | 52813144   | PROCESO EN DERMATOLOGIA                  |
| 3   | CORREDO SANABRIA GERMAN IRWIN     | 80888248   | PROCESO EN NEUROCIRUGIA                  |
| 4   | CABRERA SILVA WILLIAM             | 9093929    | SUBPROCESO EN OTORRINOLARINGOLOGIA       |
| 5   | MONTENEGRO GLORIA YOLANDA         | 51817115   | SUBPROCESO EN OPTOMETRIA                 |
| 6   | ROJAS FELIX MARCO ANTONIO         | 11386167   | SUBPROCESO EN ORTOPEDIA                  |
| 7   | GARZON DUQUE WILLIAM ALBERTO      | 1069735773 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 8   | LORA DE LA CRUZ PEDRO LUIS        | 1140822148 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 9   | ARANGO BOTERO ANA MARIA           | 39785816   | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 10  | ROJAS FLOREZ DAVID ALBERTO        | 1069728116 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 11  | MOLINA TROJILLO AMALIA            | 1019046061 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 12  | DAZA RINCON NANCY LEIDY           | 53096692   | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 13  | DAZA BARRERA SEBASTIAN CAMILO     | 1022356881 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 14  | GARCIA ATENCIO JUAN MIGUEL        | 1081796811 | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA |
| 15  | CONTRERAS VILLA DIMAS DENIS       | 7444548    | PROCESO EN MEDICINA EN PATOLOGIA         |
| 16  | AVELLANEDA FANDINO GERMAN         | 79450229   | PROCESO EN MEDICINA INTERNA              |
| 17  | CARMONA GUTIERREZ FABIO ENRIQUE   | 7524210    | PROCESO EN MEDICINA INTERNA              |
| 18  | REYES TOUS GONZALO SEGUNDO        | 8689792    | PROCESO EN MEDICINA INTERNA              |
| 19  | RODRIGUEZ NUÑEZ ALVARO            | 17113246   | PROCESO EN MEDICINA INTERNA              |
| 20  | ACUNA MARINO EDUARDO JOSE         | 19189586   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 21  | DE LA TENA VARGAS JAIRO ANTONIO   | 73072121   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 22  | RAMIREZ GARZON RICARDO            | 19383451   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 23  | TENA REYES CARLOS ANDRES          | 80540685   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 24  | BERMUDEZ TARQUINO ABELARDO        | 17027541   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 25  | CASTELLANOS GUAUTA LUIS EDUARDO   | 19329930   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 26  | BARRERO MONTOYA IVAN RICARDO      | 80041123   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 27  | REYES MAHECHA FABIO               | 3221694    | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 28  | BARRAGAN TORRES MARIA CONSUELO    | 35465548   | PROCESO EN GINECOLOGIA                   |
| 29  | SFPUVLEDA JUAN CARLOS             | 80407969   | PROCESO EN CIRUGIA PLASTICA              |
| 30  | ACERO ORJUELA WILLIAM RICARDO     | 79522901   | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 31  | CASTRO GOMEZ MANUEL               | 80421840   | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 32  | SAMUDIO MOGOLLON JOSE NORBERTO    | 80416796   | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 33  | MENESES VARGAS CARLOS IVAN        | 7215998    | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 34  | RINCON SANTOS DAVID               | 80850273   | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 35  | CARVAJAL ROJAS EDGAR MANUEL       | 9731050    | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL               |
| 36  | GARCIA REINA DIANA MARCELA        | 52385495   | SUBPROCESO EN ANESTESIOLOGIA             |
| 37  | ADOLPHS MONTES GERARDO            | 79247333   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 38  | MURCIA SANCHEZ HECMAR EDUARDO     | 79787665   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 39  | GOMEZ GONZALEZ PAUL JAIRO         | 71598381   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 40  | RODRIGO CARLOS ALBERTO            | 17190463   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 41  | BASTIDAS CHILAMA RICARDO MAURICIO | 98389847   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 42  | PIRIETO PALACIOS CESR HERNesto    | 79235034   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 43  | CAMARGO CARLOS ANDRES             | 1018412591 | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 44  | ORTEGA GALAN ERIKA PAOLA          | 52489258   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |
| 45  | PEREZ MUÑOZ HERNAN                | 79286490   | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA         |

BASE DE COBERTURA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL SEGUN LISTADO, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO.

AMPAROS:  
-RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

-SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

-GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

### EXCLUSIONES:

1. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS.

2. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSA      | TIPO DE MOVIMIENTO                                                         | POLIZA No       | ANEXO No.     |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| LAGO         | EMISION ORIGINAL                                                           | 36-03-101002605 | 0             |
| TOMADOR      | COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A EN | NIT             | 808.003.421-2 |
| DIRECCION    | TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA        | TELEFONO        | 8673934       |
| ASEGURADO    | COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A E  | NIT             | 808.003.421-2 |
| DIRECCION    | TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA        | TELEFONO        | 8673934       |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                                         | NIT             | 0-0           |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

3. DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
  4. RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.
  5. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
  6. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES
  7. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.
  8. DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
  9. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.
  10. RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.
  11. 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, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.
  12. EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.
  13. RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENETICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
  14. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS.
  15. RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)
  16. LUCRO CESANTE.
  17. RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES.
  18. RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES
  19. RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.
- GARANTIAS:**
- MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION 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.
  - TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SEQUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.





Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

12-JUL-19-4:17PM

JDO-2-ADN-CTO-GIRARDOT

Doctor

**JUAN FELIPE CASTAÑO RODRIGUEZ**

**JUEZ SEGUNDO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.**

Ciudad.-

|                    |                                                         |
|--------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>NATURALEZA:</b> | <b>ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA</b>                     |
| <b>RADICACION:</b> | <b>2530733330032018-00362-00</b>                        |
| <b>DEMANDANTE:</b> | <b>DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS</b>                    |
| <b>DEMANDADA:</b>  | <b>E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y OTROS.</b> |
| <b>ASUNTO:</b>     | <b>LLAMAMIENTO EN GARANTIA</b>                          |

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, mayor de edad, vecina y domiciliada en la ciudad de Fusagasugá, Abogada Titulada y en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderada Judicial de la Empresa Social del Estado **HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, ante su Despacho respetuosamente acudo para presentar escrito de llamamiento en garantía dentro de la acción de Reparación Directa relacionada en la referencia, situación esta que se fundamenta en los siguientes:

#### HECHOS

1. La llamada en garantía, **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO A ENTIDADES DE LA SALUD "COOMEDSALUD"** con Nit. 808003-421-2 representada legalmente por LUZ ANGELICA MONCADA MAYORGA, o quien haga sus veces al momento de la notificación del presente llamamiento, en virtud del Contrato de Prestación de Servicios número 514-2016, de fecha primero (1) de marzo de 2016, cuyo objeto era el de *"desarrollar actividades para el apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: medicina general de urgencias pediátricas, medicina general hospitalaria, especialidades de anestesia, cirugía plástica, psiquiatría, pediatría, ginecología y obstetricia, urología, fisiatría, medicina interna, patología, dermatología, terapia respiratoria, terapia ocupacional y del lenguaje, fonoaudiología, fisioterapia, instrumentación quirúrgica, técnicos en farmacia. Auxiliar de enfermería hospitalaria, auxiliar de enfermería comunitaria, enfermera hospitalaria, enfermera comunitaria, enfermera consulta externa, auxiliar de enfermería consulta externa, movilización de pacientes en camilla, paramédicos, conductores de ambulancia, bacteriólogas, procesos de disección de autopsias clínicas, técnico de radiología, apoyo en promoción en salud, coordinación por especialista, subproceso en apoyo a inventarios, apoyo logístico a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA."*
2. En desarrollo de las labores y actividades a ejecutar consignadas en el Contrato mencionado en el numeral anterior, la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO A ENTIDADES DE LA SALUD "COOMEDSALUD"** tenía a su cargo la atención inicial de Medicina General de Urgencias pediátricas, y las demás atenciones que se desplegaron en

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co) / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154





en la E.S.E. demandada, para la época de los hechos que originaron la presente demanda, es decir, el 03 de abril de 2016 al 13 de abril de 2016, siendo el personal médico adscrito a esa Cooperativa, los que atendieron a el paciente DAVID SANTIAGO VIVIAS BAQUERO (Q.E.P.D).

3. La llamada en garantía, **COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.** identificada con Nit. Número 860-009-678-6, representada legalmente por el Doctor JORGE ARTURO MORA SANCHEZ o quien haga sus veces al momento de la notificación del presente llamamiento en virtud de las siguientes pólizas de seguros:

3.1. Póliza de Seguro de Cumplimiento Entidad Estatal número 25-44101218039 con vigencia del 01 de marzo de 2016 al 01 de mayo de 2019, mediante la cual la llamada en garantía amparó el Contrato de Prestación de Servicios número 514-2016, de fecha primero (1) de marzo de 2016 relacionado con *"desarrollar actividades para el apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: medicina general de urgencias pediátricas, medicina general hospitalaria, especialidades de anestesia, cirugía plástica, psiquiatría, pediatría, ginecología y obstetricia, urología, fisioterapia, medicina interna, patología, dermatología, terapia respiratoria, terapia ocupacional y del lenguaje, fonoaudiología, fisioterapia, instrumentación quirúrgica, técnicos en farmacia. Auxiliar de enfermería hospitalaria, auxiliar de enfermería comunitaria, enfermera hospitalaria, enfermera comunitaria, enfermera consulta externa, auxiliar de enfermería consulta externa, movilización de pacientes en camilla, paramédicos, conductores de ambulancia, bacteriólogas, procesos de disección de autopsias clínicas, técnico de radiología, apoyo en promoción en salud, coordinación por especialista, subproceso en apoyo a inventarios, apoyo logístico a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA."* en cumplimiento, calidad del servicio, salarios e indemnizaciones laborales.

3.2. Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extra Contractual derivada de cumplimiento número 25-40-1010088921 con vigencia del 01 de marzo de 2016 al 01 de mayo de 2016, mediante la cual la llamada en garantía amparó la responsabilidad civil extracontractual derivada de la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios número 514-2014, de fecha (1) de marzo de 2016 relacionado con *"desarrollar actividades para el apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: medicina general de urgencias pediátricas, medicina general hospitalaria, especialidades de anestesia, cirugía plástica, psiquiatría, pediatría, ginecología y obstetricia, urología, fisioterapia, medicina interna, patología, dermatología, terapia respiratoria, terapia ocupacional y del lenguaje, fonoaudiología, fisioterapia, instrumentación quirúrgica, técnicos en farmacia. Auxiliar de enfermería hospitalaria, auxiliar de enfermería comunitaria, enfermera hospitalaria, enfermera comunitaria, enfermera consulta externa, auxiliar de enfermería consulta externa, movilización de pacientes en camilla, paramédicos, conductores de ambulancia, bacteriólogas, procesos de disección de autopsias clínicas, técnico de radiología, apoyo en promoción en salud, coordinación por especialista, subproceso en apoyo a inventarios, apoyo logístico a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA."*





4. La llamada en garantía, **COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.** identificada con Nit. Número 860-009-678-6, representada legalmente por el Doctor JORGE ARTURO MORA SANCHEZ o quien haga sus veces al momento de la notificación del presente llamamiento en virtud de las siguientes pólizas Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 17-03-101000972 con vigencia del 02 de mayo de 2015 al 02 de mayo de 2016, mediante la cual la compañía llamada en garantía amparó el daño emergente por el servicio médico, la responsabilidad civil institucional, el transporte en ambulancia, la responsabilidad civil de Director Médico, el uso de equipos de diagnóstico o de terapéutica, el suministro de medicamentos y los gastos de defensa de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

### **PRUEBAS**

Aporto al proceso las siguientes:

- 1.- Copia del Contrato de Prestación de Servicios número 514-2016, de fecha primero (1) de marzo de 2016, suscrito entre la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá y la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO A ENTIDADES DE LA SALUD "COOMEDSALUD" en once (11) folios.
- 2.- Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO A ENTIDADES DE LA SALUD "COOMEDSALUD". en tres (3) folios.
- 3.- Copia de la Póliza de Seguro de Cumplimiento Entidad Estatal número 25-44-101218039 expedida por la Compañía de Seguros del Estado S. A. en tres (3) folios.
- 4.- Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extra Contractual derivada de cumplimiento número 21-0-101088921 expedida por la Compañía de Seguros del Estado S. A. en tres (3) folios.
- 5.- Certificado de existencia y Representación Legal de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. , identificada con Nit. Número 860.009.578-6, en tres (3) folios.
- 6.- Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos número 17-03-101000972 con vigencia del 02 de mayo de 2015 al 02 de mayo de 2016, expedida por la Compañía Aseguradora Solidaria de Colombia, en seis (6) folios.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Fundamento el presente llamamiento en garantía en el Artículo 55 y s.s., del Código de Procedimiento Civil y demás normas concordantes.

### **NOTIFICACIONES**

Las notificaciones serán recibidas así:

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co) / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154





**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

*"Hospital humano, hospital comprometido"*

**E.S.E - II NIVEL**

- La Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Fusagasugá en la Transversal 12 No. 22 – 51 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasugá, correo electrónico: [hospifusa.oficinajuridica@hotmail.com](mailto:hospifusa.oficinajuridica@hotmail.com)
- La llamada en garantía, COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO A ENTIDADES DE LA SALUD "COOMEDSALUD podrá ser notificada en la Transversal 12 No. 23-15 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasuga, teléfono 091 835 3431 correo electrónico: [coomedsalud@yahoo.es](mailto:coomedsalud@yahoo.es)
- La llamada en Garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A. podrá ser notificada en la carrera 11 número 90 – 20 de la ciudad de Bogotá, D. C. teléfono: 2186977 – 6019330, fax No. 6511240, correo electrónico: [juridico@segurosdelestado.com](mailto:juridico@segurosdelestado.com) , web: [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)
- La suscrita apoderada en la secretaria de su despacho o en la Transversal 12 No. 22 – 51 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasugá, celular 3006553496, correo electrónico [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co).

Del Señor Juez,

Atentamente,

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**

C.C. No. 39'628.135 de Fusagasugá

T.P. No. 165.334 del C. S. la J.

CD





12/8  
CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 419043834F2339

8 DE JULIO DE 2019 HORA 08:53:04

0419043834

PÁGINA: 1 DE 3

\* \* \* \* \*

\*\*\*\*\*  
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS" /

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

ENTIDAD DE ECONOMÍA SOLIDARIA

\*\*\*\*\*

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL DE LA ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO : COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD  
SIGLA : COOMEDSALUD C.T.A.

INSCRIPCION NO: S0019766 DEL 16 DE MAYO DE 2003

N.I.T. : 808003421-2 ADMINISTRACIÓN : GIRARDOT

TIPO ENTIDAD : ENTIDADES DE NATURALEZA COOPERATIVA

DOMICILIO : FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA)

EL SUSCRITO SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, EN EL EJERCICIO DE LA FACULTAD CONFERIDA POR LOS ARTICULOS 43 Y 144 DEL DECRETO NUMERO 2150 DE 1995

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA INSCRIPCION : 31 DE MARZO DE 2019

ULTIMO AÑO RENOVADO: 2019

ACTIVO TOTAL : 303,211,310

PATRIMONIO : 0

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : TRANSVERSAL 12 NO. 23-15 BARRIO SAN MATEO

MUNICIPIO : FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA)

EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : COOMEDASALUD@YAHOO.ES

DIRECCION COMERCIAL : TRANSVERSAL 12 NO. 23-15 BARRIO SAN MATEO

MUNICIPIO : FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA)

EMAIL : COOMEDSALUD@YAHOO.ES

CERTIFICA:

CONSTITUCION: QUE POR ACTA DEL 21 DE ABRIL DE 2003 OTORGADO(A) EN ASAMBLEA CONSTITUTIVA, INSCRITA EN ESTA CAMARA DE COMERCIO EL 16 DE MAYO DE 2003 BAJO EL NUMERO 00060348 DEL LIBRO I DE LAS ENTIDADES SIN

Constanza  
del Pilar  
Puentes  
Trujillo

ANIMO DE LUCRO, FUE CONSTITUIDA LA ENTIDAD ESPECIAL DENOMINADA COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD.

CERTIFICA:

QUE POR ACTA NO. 0000003 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS DEL 14 DE JULIO DE 2003, INSCRITA EL 21 DE JULIO DE 2003 BAJO EL NÚMERO 00062934 DEL LIBRO I DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, LA ENTIDAD CAMBIO SU NOMBRE DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD POR EL DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD.

QUE POR ACTA NO. 0000014 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS DEL 28 DE MARZO DE 2008, INSCRITA EL 14 DE MAYO DE 2008 BAJO EL NÚMERO 00136838 DEL LIBRO I DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, LA ENTIDAD CAMBIO SU NOMBRE DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD POR EL DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD C.T.A..

QUE POR ACTA NO. 21 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 31 DE MARZO DE 2014, INSCRITA EL 21 DE JULIO DE 2014 BAJO EL NÚMERO 00017867 DEL LIBRO III DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, LA ENTIDAD CAMBIO SU NOMBRE DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD C.T.A. POR EL DE: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD.

CERTIFICA:

QUE POR ACTA NO. 14 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS DEL 28 DE MARZO DE 2008, INSCRITA EL 14 DE MAYO DE 2008, BAJO EL NO. 136838 DEL LIBRO I DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, LA ENTIDAD SE CONVIRTIO DE COOPERATIVA A COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO BAJO EL NOMBRE DE : COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A I ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD C.T.A. LA CUAL PODRA IDENTIFICARSE ALTERNATIVAMENTE CON LA SIGLA COOMEDSALUD C.T.A

CERTIFICA:

ENTIDAD QUE EJERCE LA FUNCION DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL: SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

CERTIFICA:

REFORMAS:

| DOCUMENTO NO. | FECHA      | ORIGEN                | FECHA      | NO. INSC. |
|---------------|------------|-----------------------|------------|-----------|
| 0000003       | 2003/07/14 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2003/07/21 | 00062934  |
| 0000004       | 2003/10/25 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2003/10/29 | 00066002  |
| 0000007       | 2004/04/25 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2004/06/28 | 00074185  |
| 0000009       | 2005/04/15 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2005/05/18 | 00085421  |
| 0000011       | 2006/03/24 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2006/05/12 | 00099686  |
| 0000014       | 2008/03/28 | ASAMBLEA DE ASOCIADOS | 2008/05/14 | 00136838  |
| 21            | 2014/03/31 | ASAMBLEA GENERAL      | 2014/07/21 | 00017867  |

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE EL TERMINO DE DURACION DE LA ENTIDAD ES INDEFINIDO

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: COOMEDSALUD C.T.A. EN DESARROLLO DEL ACUERDO COOPERATIVO, TIENE COMO OBJETO SOCIAL GENERAR Y MANTENER TRABAJO SUSTENTABLE PARA SUS ASOCIADOS DE MANERA AUTOGESTIONARIA, CON AUTONOMÍA, AUTODETERMINACIÓN Y AUTOGOBIERNO, VINCULANDO VOLUNTARIAMENTE EL ESFUERZO PERSONAL Y LOS APORTES ECONÓMICOS DE SUS ASOCIADOS, MEJORANDO SU CALIDAD DE VIDA; SOBRE LA BASE DE LA AYUDA



MUTUA COMO EXPRESIÓN DE LA SOLIDARIDAD. IGUALMENTE ES OBJETIVO DE COOMEDSALUD C.T.A. CONTRIBUIR A DIGNIFICAR Y VALORAR EL TRABAJO HUMANO; A LA PRODUCCIÓN DE LA RIQUEZA SOCIAL Y A UNA EQUITATIVA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO, ASÍ COMO AL DESARROLLO EMPRESARIAL AUTOGESTIONARIO EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD EN GENERAL. ARTÍCULO 6. ACTIVIDADES SOCIO ECONÓMICAS Y SERVICIOS ESPECIALES A LOS ASOCIADOS. ACTIVIDADES SOCIOECONÓMICAS LA COOPERATIVA BUSCARA CUMPLIR CON SU OBJETO SOCIAL A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES POR PROCESOS Y SUBPROCESOS CONEXOS Y COMPLEMENTARIOS COMO OPERADOR EN SALUD. SERVICIOS ESPECIALES A LOS ASOCIADOS LA COOPERATIVA PRESTARÁ A SUS ASOCIADOS, LOS SIGUIENTES SERVICIOS ESPECIALES: 1) EDUCAR, SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE A SUS ASOCIADOS DENTRO DE UN MARCO COMUNITARIO Y SOBRE BASES DE ESFUERZO PROPIO, AYUDA MUTUA, SOLIDARIDAD, RESPONSABILIDAD CONJUNTA, IGUALDAD SOCIAL, BENEFICIO A LA COMUNIDAD Y APLICACIÓN DE LA IDEOLOGÍA COOPERATIVA. 2) DESARROLLAR PROCESOS DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA LOS ASOCIADOS EN LA GESTIÓN DEMOCRÁTICA, MEDIANTE SU PARTICIPACIÓN ACTIVA Y CONSCIENTE. 3) ADELANTAR LAS ACTIVIDADES QUE PERMITAN EL PROCESO EVOLUTIVO EN SUS ASPECTOS ECONÓMICO Y FINANCIERO, DE MEJORAMIENTO COMUNITARIO Y PROYECCIÓN SOCIAL. 4) INTERVENIR EN OPERACIONES DE FINANCIAMIENTO DE CUALQUIER NATURALEZA EN INTERÉS O BENEFICIO DE LA COOPERATIVA O DE LOS ASOCIADOS. 5) FACILITAR A LOS ASOCIADOS Y SUS FAMILIARES EL ACCESO A SERVICIOS DE PREVISIÓN SOCIAL COMO CONTRATAR CON ENTIDADES ESPECIALIZADAS LOS SERVICIOS DE SEGUROS INDIVIDUALES O COLECTIVOS, EN TODAS LAS RAMAS DE ESTA ACTIVIDAD, PARA LOS ASOCIADOS QUE LO REQUIERAN. 6) CONTRATAR U ORGANIZAR POR CUENTA PROPIA SERVICIOS DE RECREACIÓN Y BIENESTAR SOCIAL QUE PERMITAN EL ACERCAMIENTO E INTERCAMBIO CULTURAL Y SOCIAL DE LOS ASOCIADOS.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

8699 (OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA)

CERTIFICA:

\*\* ORGANOS DE ADMINISTRACION \*\*

QUE POR ACTA NO. 25 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 22 DE MARZO DE 2018, INSCRITA EL 6 DE NOVIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 00035779 DEL LIBRO III DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, FUE (RON) NOMBRADO (S):

| NOMBRE                                                                | IDENTIFICACION       |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|
| MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION<br>ROJAS FLOREZ DAVID ALBERTO       | C.C. 000001069728116 |
| MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION<br>ARANGO BOTERO ANA MARIA          | C.C. 000000039785816 |
| MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION<br>RODRIGUEZ NUÑEZ ALVARO           | C.C. 000000017113246 |
| MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION<br>GARCIA RODRIGUEZ MIGUEL FERNANDO | C.C. 000000000393709 |

|                                            |                      |
|--------------------------------------------|----------------------|
| MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION          |                      |
| PADILLA NARVAEZ BEATRIZ HELENA             | C.C. 000000039620048 |
| MIEMBRO SUPLENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION |                      |
| MENDEZ ACUÑA MILENA                        | C.C. 000000044190306 |
| MIEMBRO SUPLENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION |                      |
| MOLINA TRUJILLO AMALIA                     | C.C. 000001019046061 |
| MIEMBRO SUPLENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION |                      |
| REYES TOUS GONZALO SEGUNDO                 | C.C. 000000008689792 |
| MIEMBRO SUPLENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION |                      |
| RODRIGUEZ MARTINEZ FRANK MILTON            | C.C. 000000082392638 |
| MIEMBRO SUPLENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION |                      |
| VARGAS MUÑOZ NORELY ANDREA                 | C.C. 000001018412914 |

CERTIFICA:

REPRESENTACIÓN LEGAL: EL GERENTE ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA. PARA REEMPLAZAR EN SUS AUSENCIAS TEMPORALES O ABSOLUTAS AL GERENTE GENERAL, EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN ELEGIRÁ A UN REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE.

CERTIFICA:

\*\* NOMBRAMIENTOS \*\*

QUE POR ACTA NO. 121 DE CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL 10 DE MAYO DE 2016, INSCRITA EL 31 DE MAYO DE 2016 BAJO EL NUMERO 00026227 DEL LIBRO III DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, FUE (RON) NOMBRADO (S):

|        |                |
|--------|----------------|
| NOMBRE | IDENTIFICACION |
|--------|----------------|

REPRESENTANTE LEGAL ESAL

MONCADA MAYORGA LUZ ANGELICA

C.C. 000000039626010

CERTIFICA:

QUE POR ACTA NO. 18 DE CONSEJO DE ADMINISTRACION DE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2005, INSCRITA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2006, BAJO EL NO. 110653 DEL LIBRO I DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, FUE NOMBRADO ANDREI ALEXI ROJAS COMO GERENTE ENCARGADO.

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: FUNCIONES DEL GERENTE GENERAL SON FUNCIONES DEL GERENTE GENERAL: 1) REPRESENTAR LEGAL Y JURÍDICAMENTE E COOMEDSALUD CTA. 2) ORGANIZAR, COORDINAR Y SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS Y DE ADMINISTRACIÓN, ENTRE ÉSTAS PONER EN MARCHA LAS DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS, SUCURSALES; AGENCIAS U OFICINAS QUE SEÑALE EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES NOMBRAR Y REMOVER EL PERSONAL ADMINISTRATIVO. 3) MANTENER LAS RELACIONES Y LA COMUNICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN CON ÓRGANOS DIRECTIVOS, ASOCIADOS Y TERCEROS. 4) ELABORAR Y SOMETER A LA APROBACIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN LOS REGLAMENTOS DE CARÁCTER INTERNO RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO SOCIAL DE COOMEDSALUD CTA. 5) CELEBRAR LOS CONTRATOS REQUERIDOS QUE TENGAN QUE VER CON EL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS. EN RELACIÓN CON CONTRATOS QUE NO SEAN DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS PODRÁ CELEBRARLOS HASTA UN MONTE DE 200 SMMLV. 6) AVALAR OFERTAS MERCANTILES. 7) VERIFICAR PERIÓDICAMENTE EL ESTADO DEL FLUJO DE CAJA. 8) RESPONSABILIZARSE DE ENVIAR OPORTUNAMENTE LOS INFORMES RESPECTIVOS A LAS ENTIDADES COMPETENTES. 9) RENDIR LOS INFORMES QUE SOLICITE E CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN. 10) EJECUTAR Y HACER EJECUTAR TODAS LAS OPERACIONES NECESARIAS PARA QUE LA COOPERATIVA CUMPLA SUS OBJETIVOS, SUJETÁNDOSE AL ESTATUTO Y A LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN. 11) LAS DEMÁS QUE SE DERIVEN DE LA NATURALEZA DE SU CARGO.

CERTIFICA:

\*\* REVISORIA FISCAL \*\*





CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 419043834F2339

8 DE JULIO DE 2019 HORA 08:53:04

0419043834

PÁGINA: 3 DE 3

\* \* \* \* \*

QUE POR ACTA NO. 25 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 22 DE MARZO DE 2018, INSCRITA EL 6 DE NOVIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 00035780 DEL LIBRO III DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REVISOR FISCAL PRINCIPAL

GALEANO LUIS FELIPE

C.C. 000000080499014

QUE POR ACTA NO. 24 DE ASAMBLEA GENERAL DEL 29 DE MARZO DE 2017, INSCRITA EL 11 DE AGOSTO DE 2017 BAJO EL NUMERO 00031331 DEL LIBRO III DE LAS ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REVISOR FISCAL SUPLENTE

RODRIGUEZ BUSTAMANTE ROSMERY

C.C. 000000068302725

CERTIFICA:

QUE EN ESTA CAMARA DE COMERCIO NO APARECEN INSCRIPCIONES POSTERIORES DE DOCUMENTOS REFERENTES A REFORMA, DISOLUCION LIQUIDACION O NOMBRAMIENTOS DE REPRESENTANTES LEGALES DE LA MENCIONADA ENTIDAD.

CERTIFICA:

EL REGISTRO ANTE LAS CAMARAS DE COMERCIO NO CONSTITUYE APROBACION DE ESTATUTOS. (DECRETO 2150 DE 1995 Y DECRETO 427 DE 1996).

LA PERSONA JURIDICA DE QUE TRATA ESTE CERTIFICADO SE ENCUENTRA SUJETA A LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS AUTORIDADES QUE EJERCEN ESTA FUNCION, POR LO TANTO DEBERA PRESENTAR ANTE LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE, EL CERTIFICADO DE REGISTRO RESPECTIVO, EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO, DENTRO DE LOS 10 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE INSCRIPCION, MAS EL TERMINO DE LA DISTANCIA CUANDO EL DOMICILIO DE LA PERSONA JURIDICA SIN ANIMO DE LUCRO QUE SE REGISTRA ES DIFERENTE AL DE LA CAMARA DE COMERCIO QUE LE CORRESPONDE. EN EL CASO DE REFORMAS ESTATUTARIAS ADEMAS SE ALLEGARA COPIA DE LOS ESTATUTOS.

TODA AUTORIZACION, PERMISO, LICENCIA O RECONOCIMIENTO DE CARACTER OFICIAL, SE TRAMITARA CON POSTERIORIDAD A LA INSCRIPCION DE LAS PERSONAS JURIDICAS SIN ANIMO DE LUCRO EN LA RESPECTIVA CAMARA DE COMERCIO.

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. LOS SÁBADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DÍAS HÁBILES PARA LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE  
\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO

\* \* \*  
\* \* \*

\*\*\*\*\*  
\*\* ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA \*\*  
\*\* ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. \*\*  
\*\*\*\*\*

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA,  
VALOR : \$ 5,800

\*\*\*\*\*  
PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA  
INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE  
COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR  
SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO  
\*\*\*\*\*

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y  
CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.  
\*\*\*\*\*

FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA  
AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y  
COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.

*Constante P. A. A.*





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 514-2016 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATANTE                                      | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| CONTRATISTA                                      | COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD "COOMEDSALUD"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| IDENTIFICACION NIT                               | 808.003.421-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| DIRECCION Y TELEFONO                             | TRANSVERSAL 12 N° 23-15 FUSAGASUGA Tel.8678604                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| OBJETO                                           | OBJETO: "Desarrollar actividades para el Apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: Medicina General de Urgencias Pediátricas, Medicina General Hospitalaria, Especialidades de Anestesia, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Urología, Fisiatría, Medicina Interna, Patología, Dermatología, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y de Lenguaje, Fonoaudiología, Fisioterapia, Instrumentación Quirúrgica, Técnicos en Farmacia, Auxiliar de Enfermería Hospitalaria, Auxiliar de Enfermería Comunitaria, Enfermera Hospitalaria, Enfermera Comunitaria, Enfermera Consulta Externa, Auxiliar Enfermería Consulta Externa, Movilización de Pacientes en Camilla, Paramédicos, Conductores de Ambulancia, Bacteriólogas, Proceso de Disecación de Autopsias Clínicas, Técnico de Radiología, Apoyo en Promoción en Salud, Coordinación por Especialista, Subproceso, en Apoyo a Inventarios, Apoyo Logístico Hospitalario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá". |
| VALOR                                            | SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL PESOS (\$793.606.000) M/CTE..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| PLAZO DE EJECUCION                               | DOS (2) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| FECHA                                            | MARZO 1 DE 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Entre los suscritos a saber **JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.442.689 de Bogotá, actuando en calidad de Gerente y como tal representante legal de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSA**, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0200 de Julio 4 de 2012 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 087 de Julio 9 de 2012, facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos de la presente orden, se denominará **LA EMPRESA**, por una parte **HOSPITAL**, por una parte y por la otra **ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ** persona mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 82.389.622, actuando en nombre y presentación de **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD "COOMEDSALUD"**, creada mediante acta del 21 de abril de 2003, otorgada en asamblea constitutiva, inscrita en la Cámara de Comercio el 16 de mayo de 2004, bajo el número 00060348 del libro de las Entidades sin ánimo de lucro, número de identificación tributaria 808.003.421-2, con domicilio comercial en la TRANSVERSAL 12 N° 23-15 del Municipio de Fusagasugá, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA** han convenido celebrar el presente contrato previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Resolución No. 206 del 7 de Diciembre de 2015, el Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca "CONFISCUN" aprobó el Presupuesto de Ingresos y Gastos de las Empresas Sociales del Departamento de Cundinamarca, para la vigencia fiscal de 2016. 2) Que el manual de contratación adoptado por la Junta Directiva mediante acuerdo No. 008 del 23 de mayo de 2014, faculta al Gerente de Entidad, a contratar directamente los contratos de Apoyo a la gestión. 3) Que la vida siendo un derecho fundamental, guarda estrecha relación y por ende conexidad con la salud, servicio a cargo de nuestra Institución. 4) Que se requiere garantizar la continuidad de los servicios asistenciales que no pueden ser prestados con personal de planta, como parte de la prestación de los servicios público esencial de salud a cargo del Hospital. 5) Que mientras realizan todos los trámites necesarios para la nueva contratación se requiere contratar con **COOMEDSALUD**, los procesos asistenciales para el mes de marzo de 2016. 6) Que la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, cuenta con certificado de disponibilidad presupuestal. 7) Que la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, en aras del cumplimiento del art.48 constitucional en conexidad con el artículo 11 del mismo estatuto supremo debe realizar contratación directa en aras de garantizar derechos fundamentales personalísimos de la población de influencia de la ese, bajo los principios de celeridad eficacia y economía y por no poder comprometer vigencias futuras de acuerdo al decreto 111/96. 8) La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, requiere del apoyo técnico y científico de personas jurídicas o naturales externas necesarias para atender la población que demanda el servicio de salud en el área de influencia, así mismo no existen los recursos necesarios para la creación o ampliación de planta de personal. 9) Que según concepto de la Superintendencia de la Economía Solidaria del mes de diciembre de 2011, y las normas vigentes sobre cooperativismo es válida la contratación con este tipo de empresas cooperativas de trabajo asociado, siempre y cuando se respete su autonomía por parte del contratante, por lo cual esté solamente se limitará a solicitar el cubrimiento de los servicios contratados.





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



Que el Honorable consejo de Estado en sala de lo contencioso Administrativo, sección segunda- sub sección "A", Consejera Ponente; ANA MARGARITA OLAYA FORERO, ha sostenido "... Resulta necesario señalar que la empresas sociales del estado como su nombre lo indica, desarrollan una modalidad de actividad empresarial del estado, que para competir con eficiencia frente a otras empresas del sector privado, requieren de agilidad y flexibilidad en el manejo de sus recursos productivos; son entidades del sistema de Seguridad Social que ofrecen servicios relacionados con la salud de los habitantes del territorio nacional, lo que constituye un servicio público según lo estipula el artículo 49 de la C.N. Por ello y de las normas legales que desarrollan el precepto constitucional, puede colegirse que no existe prohibición para que el servicio público de Seguridad social, cuando sea prestado por la Nación o por una entidad territorial a través de una empresa social del estado, pueda ser realizado indirectamente, es decir con mediación de otras entidades. Ello autoriza la celebración y ejecución de contratos de prestación de servicios cuando su finalidad sea obtener eficiencia empresarial" 11) Que la anterior contratación se hace necesaria con el fin de dar cumplimiento al objeto de la Institución, el cual se encuentra relacionado con el derecho fundamental de la Vida y los derechos a la Seguridad Social que son de competencia de la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá. 12) La EMPRESA recibió propuesta de servicios de EL CONTRATISTA COOMEDSALUD. 13) Que LA EMPRESA efectuó el estudio de oportunidad y conveniencia para la contratación. 14) Que la Subgerencia Científica, solicita la EXTERNALIZACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES con LA EMPRESA, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal para la realización de los procesos asistenciales. 15) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta a LA EMPRESA. 16) Que la propuesta presentada se ajustó a los términos establecidos en el estudio de oportunidad y conveniencia. 17) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área asistencial se hace necesario proceder a la externalización de servicios asistenciales, a fin de cumplir con una adecuada y oportuna prestación del servicio, en los términos de los fines del estado implícitos en el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia. 18) Que el artículo 209 de la Constitución establece entre otras cosas, la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para las Empresas Sociales del Estado y el modo de contratación directa incito los artículos 23 y 25 del Acuerdo 008 de 2014. 19) Que mediante oficio Nro. 00448 de fecha marzo 22 de 2012 el MINISTERIO DEL TRABAJO Y LA PROTECCION SOCIAL en relación con el talento humano en el Sector Salud permiten que hasta tanto se realicen los estudios y análisis mencionados y se adelante su implementación progresiva, en aras de garantizar la prestación del servicio de salud a la población, las Empresas Sociales del Estado deben evaluar las necesidades para la gestión del talento humano y adoptar las medidas transitorias correspondientes, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614.2009, pudiendo utilizar entre otras la figura de contratación de prestación de Servicios. 20) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar la presente orden, la cual se registrará por el régimen privado y demás normas reglamentarias. **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO:** OBJETO: "Desarrollar actividades para el Apoyo a la gestión y operación en los procesos y subprocesos asistenciales y de apoyo de: Medicina General de Urgencias Pediátricas, Medicina General Hospitalaria, Especialidades de Anestesia, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Urología, Fisioterapia, Medicina Interna, Patología, Dermatología, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y de Lenguaje, Fonoaudiología, Fisioterapia, Instrumentación Quirúrgica, Técnicos en Farmacia, Auxiliar de Enfermería Hospitalaria, Auxiliar de Enfermería Comunitaria, Enfermera Hospitalaria, Enfermera Comunitaria, Enfermera Consulta Externa, Auxiliar Enfermería Consulta Externa, Movilización de Pacientes en Camilla, Paramédicos, Conductores de Ambulancia, Bacteriólogos, Proceso de Disección de Autopsias Clínicas, Técnico de Radiología, Apoyo en Promoción en Salud, Coordinación por Especialista, Apoyo Logístico Hospitalario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá". **CLÁUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** se compromete para con el HOSPITAL, a cumplir con las siguientes obligaciones contractuales: 1. Estar afiliado al sistema de seguridad social. El CONTRATISTA liquidará y girará los aportes dentro de los plazos de la ley a las entidades correspondientes en salud, pensiones y riesgos profesionales. 2. El CONTRATISTA deberá garantizar el cumplimiento del servicio programados en el servicio de acuerdo a las necesidades del Hospital. El cuadro de turnos deberá ser entregado a la Subgerencia científica el último día del mes previo al periodo a ejecutar lo programado. Toda novedad del cuadro de turnos deberá ajustarse al procedimiento de la Institución. 3. ejecutar idónea y oportunamente la prestación del servicio, en el lugar indicado, con la frecuencia requerida, garantizando la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, celeridad y economía en el servicio, realizando en las especialidades que aplica, las revista clínica de la mañana y académica en la tarde. Informando oportunamente al Hospital de las novedades con que se garantice el cumplimiento del objeto contratado. 4. El CONTRATISTA elaborará y entregará los informes escritos relacionados con la prestación del servicio que el interventor o supervisor requiera en ejercicio de su función. 5. El CONTRATISTA dará uso adecuado,





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



eficaz y eficiente a los recursos entregados por el Hospital para el cumplimiento del servicio contratado. 6. El CONTRATISTA deberá garantizar las exigencias y cumplimiento de estándares de acreditación del talento humano de conformidad a la resolución 1441 de 2013 para del grupo de trabajadores asociados y de conformidad a la especialidad exigida para la prestación del servicio por el Hospital, descrito en el objeto del contrato. 7. Cuando por estricta causa de fuerza mayor se requiera modificar la estructura y prestación del servicio o proceso en forma temporal o permanente EL CONTRATISTA dispondrá lo pertinente para que se atiendan las necesidades del Hospital. En caso necesario el Hospital solicitará los cambios pertinentes para que se cumplan los procedimientos previamente concertados. 8. Cumplir con el estándar de productividad e indicadores de eficiencia, establecidos para cada proceso o servicio, debiendo compensarse en el evento de no cumplirse (por negligencia o comportamientos atribuibles al Contratista) según requerimiento del hospital. 9. El CONTRATISTA se compromete a elaborar, socializar, implementar y revisar periódicamente las guías o protocolos de manejo de las primeras 10 causas de egreso hospitalario y 10 primeras causas de consulta externa. EL CONTRATISTA participará activamente en la supervisión de la adherencia a la aplicación de las guías o protocolos de su respectivo servicio. 10. EL CONTRATISTA se compromete a atender las solicitudes del Hospital, para la gestión de los procesos procedimientos y actividades asistenciales y administrativas generadas en todo lo relacionado con el sistema integral de gestión de calidad: MECI, sistema obligatorio de garantía de calidad (habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema de información para la calidad y la acreditación) IAMI, Hospital Verde, proyecto de atención segura y las políticas del Hospital para lograr la obtención de cada una de los programas y proyectos en que se inscriba. 11. El CONTRATISTA se compromete a garantizar que dará respuesta a los llamados, inter consultas y referencias que se le solicite. En el caso de las especialidades que cubren turnos nocturnos en pisos, dejarán hechas las valoraciones del servicio de urgencias, antes de iniciar el turno de la mañana, de tal manera que en la entrega de turno entre los especialistas se indicarán los casos críticos y conductas que se atendieron y los pendientes por resolver. 12. El CONTRATISTA aplicará las ideas del humanismo en los procesos, en las relaciones interpersonales, en el trato médico paciente tales como el concepto de igualdad de los seres humanos, el reconocimiento de la diversidad personal y cultural, el rechazo a todo tipo de discriminación, la libertad de ideas y creencias. 13. El CONTRATISTA actuará como representante legal y judicial ante las autoridades judiciales y administrativas. En ningún caso el Hospital será llamado en garantía o actuará solidariamente. 14. El CONTRATISTA responderá por los inventarios de los bienes o elementos dados en tenencia para el desarrollo de su labor, tanto durante el tiempo en el cual las ejecute como a su retiro, por el daño, pérdida, hurto o deterioro imputables al personal asociados a su Cooperativa ya sea respondiendo o cancelando su reparación, salvo el deterioro normal generado por el uso. Para tal efecto deberá firmar las actas de recibo y entrega de inventarios al inicio y terminación del contrato, la no firma de estas actas hace responsable al contratista. 15. El CONTRATISTA presentará las respectivas facturas con el lleno de los requisitos legales, debidamente soportadas, aprobadas con la certificación expedida por el supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la prestación del servicio. 16. El CONTRATISTA se sujetará a la supervisión de quien sea designado por el Hospital atendiendo oportunamente los requerimientos de este. 17. Informar al supervisor de manera escrita tan pronto como se haya ejecutado el 85% del valor del contrato. 18. Asistir y participar activamente a las convocatorias de los diferentes comités institucionales tales como el de Ética Hospitalaria, farmacia, historias clínicas, técnico científico y salud ocupacional, ajustando o adoptando las actividades tendientes a fomentar la seguridad en la atención en salud entre ellas: controlar las infecciones hospitalarias y los eventos de interés en salud pública y notificación obligatoria, correcta y oportuna prescripción, uso racional de antibióticos, uso de los elementos de bioseguridad y correcto manejo de desechos. 19. El CONTRATISTA diseñará y desarrollará un programa de bienestar y capacitación entre sus cooperados, asociado o recurso con que realiza la prestación del servicio contratado. Este programa será indicado por la oficina de talento Humano del Hospital para dar cumplimiento a la sentencia 614 de 2009. 20. El CONTRATISTA se compromete a realizar seguimiento sobre la asistencia y aplicación de las instrucciones recibidas en los procesos de inducción y capacitación brindadas por el Hospital. La asistencia incluye las entregas administrativas y de casos clínicos. 21. El CONTRATISTA deberá coordinar con el supervisor designado el cumplimiento del reglamento de higiene y seguridad, el programa de salud ocupacional, dar cumplimiento a la política de seguridad y salud ocupacional y seguridad ambiental y en general a los procedimientos seguros de trabajo del Hospital según la actividad a realizar en la Institución. De igual manera deberá acogerse a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y de contingencia del área de mantenimiento. Uso de los elementos de protección siempre que la actividad lo requiera. 22. El CONTRATISTA certificará la vacunación de todo el recurso humano con que presta el servicio, para las enfermedades como hepatitis B, varicela, triple viral, tétanos, sarampión y las que por salud pública y por el programa de salud ocupacional institucional, se requieran. 23. Presentar al Hospital el programa de salud ocupacional con su





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



respectivo cronograma de trabajo, acompañado de la hoja de vida del responsable del programa, quien debe contar con licencia vigente en salud ocupacional. Lo anterior incluye la entrega periódica de informes al sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional del hospital. 24. EL CONTRATISTA se compromete a carnetizar al recurso con el cual prestará el servicio y a verificar que el carné sea portado durante el tiempo de permanencia en La EMPRESA, en todo caso se abstendrá de utilizar logo símbolos institucionales de La EMPRESA. 25. Atender y ejecutar todas las actividades académicas programadas por La EMPRESA. 26. Atender y cumplir con lo establecido en el código de ética y demás requerimientos tendientes al buen desarrollo del contrato y atención al usuario tanto interno como externo. 28. Constituir las garantías requeridas por La EMPRESA. Y en especial deberá contar con una póliza de responsabilidad médica que ampare a sus asociados, en cuantía igual a trescientos salarios mínimos mensuales legales vigentes. 27. Verificar que ninguno de sus asociados vulnere el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la Constitución, la Ley y el Manual de Contratación de la Empresa. 28. Prestar su colaboración para la Liquidación del Contrato dentro del Término establecido. 29. Mantener vigentes las autorizaciones y requisitos legales para la operación de la Empresa. 30. Mantener al día, impuestos gravámenes, cargas parafiscales que sean exigidos por la ley, según la naturaleza jurídica del contratista. 31. EL CONTRATISTA Se compromete a tener un representante permanente que solucione y gestione oportunamente las diferentes dificultades que se presenten en desarrollo del contrato y que coordine su gestión con el supervisor. 32. Pagar los impuestos que cause el contrato. 33. Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley 828 de 2003 y el pago de Contribuciones especiales en la ley 1233 de 2008. 34. garantizar la debida atención del paciente. 35. Cumplir con la implementación, puesta en marcha y ejecución del sistema de información en todo lo que pueda corresponderá los procesos y sub procesos, especialmente en lo relacionado con el diligenciamiento de la Historia Clínica Sistematizada, cuando la Gerencia de LA EMPRESA de orden de iniciar su aplicación. 36. Implementar acciones tendientes a mejorar y mantener los estándares exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema de Gestión de la Calidad y MECI (Modelo Estándar de Control Interno). 37. Participar en las reuniones que convoque LA EMPRESA. 38. el contratista deberá estar afiliado al SGSS que incluye la afiliación a salud, pensión y riesgos profesionales en concordancia con la ley 1562 de 2012. 39. Las demás que sean impartidas por el Supervisor de la orden, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de la misma, de acuerdo con las directrices que imparta la Gerencia de LA EMPRESA. 40. Presentar los informes mensuales de las operaciones realizadas en el marco del contrato.

-Los contratistas deberán realizar acompañamiento y ceñirse al desarrollo de las resoluciones 2003 de 2014, resolución 123 de 2012, resolución 1445 de 2006 y decreto 1011 de 2006, y demás normas concordantes que aclaren modifiquen sobre el sistema de garantía de calidad. - El contratista deberá dar lectura y adherirse a las guías y protocolos de los diferentes servicios donde desarrolle su objeto contractual. - El contratista deberá hacer parte de los procesos de mejora continua que adelanta la ESE san Rafael de Fusagasugá.

**PARAGRAFO PRIMERO:** 1. Por tener un papel fundamental y en ocasiones definitivo en los procesos de responsabilidad médica, las partes convienen que la Historia clínica sea el reflejo fiel exacto y completo de las condiciones de salud del paciente. En este orden de ideas. EL CONTRATISTA se compromete a verificar y garantizar una historia clínica que reúna las siguientes características: 1.1.) COMPLETAR. Esto es, que contenga la totalidad de la información relevante sobre los antecedentes del paciente, sobre su diagnóstico, sobre su tratamiento, en fin que consigne de forma clara e íntegra la información que requiere un profesional de la medicina para conocer y atender en forma adecuada a una persona. 1.2) COHERENTE. EL CONTRATISTA se obliga a que cada anotación en la historia clínica conserve una armonía con las anteriores anotaciones y facilite elementos importantes a las siguientes. 1.3) SUSTENTADA. EL CONTRATISTA acepta conocer que el ejercicio de la profesión médica está enmarcado dentro de unos criterios científicos generalmente aceptados y apartarse injustificadamente de ellos puede ser un indicio en contra de la diligencia e idoneidad del profesional. 1.4.) NO DEJAR ESPACIOS SIN LLENAR. 1.5.) INCLUIR AUTORIZACIONES así se dejen en otros documentos. 1.6) FECHADA Y FIRMADA. 1.7) LEGIBLE es deber de EL CONTRATISTA revisar la forma en que se diligencia por que ello implica un valor jurídico que pueda alcanzar la historia clínica siendo responsable EL CONTRATISTA de cualquier acción que se genera por su imposibilidad de valoración. 2. FORMATOS DE ATENCIÓN LA COOPERATIVA. Se compromete para con La EMPRESA a diligenciar el ciento por ciento de los formatos establecidos que soportan el proceso de atención al interior de La EMPRESA que se generen en la Institución, siendo responsable EL CONTRATISTA de su mal diligenciamiento. 3. GLOSAS Y FACTURACIÓN. EL CONTRATISTA colaborará en el correcto diligenciamiento de la documentación que deba tramitar en la atención de los pacientes que sean atendidos por los coasociados; en la elaboración de resúmenes y justificación de medicamentos no pos. En caso de presentarse glosas iniciales en los procesos contratados y de acuerdo a las directrices de auditoría de cuentas de La EMPRESA, LA COOPERATIVA deberá dar respuesta oportuna y adecuada a la misma. LA EMPRESA en el caso anterior podrá descontar de las





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



facturas a cobrar por servicios prestados por EL CONTRATISTA a manera preventiva, hasta un quince por ciento (15%) del valor de las mismas en garantía hasta tanto se determine por parte de auditoría de cuentas de LA EMPRESA, la responsabilidad que existió del CONTRATISTA a través de su personal y máximo hasta la suscripción del acta de liquidación respectiva, entendiendo que EL CONTRATISTA autoriza desde ya, los descuentos establecidos y aplicados por este evento o cualquier otro donde se identifique deuda a favor de LA EMPRESA. **PARAGRAFO SEGUNDO:** La Cooperativa, deberá disponer del personal necesario e idóneo para el acompañamiento en ambulancia medicalizada a los pacientes que requieran ser remitidos a otras Instituciones Hospitalarias, por cada uno de los acompañamientos. - En desarrollo del objeto del presente contrato se obliga para con LA EMPRESA 1. Implementar un medio de control que le permita hacer seguimiento al cumplimiento de la Cobertura y de las actividades de cada servicio contratado. 2. LA EMPRESA verificará mediante auditoría a los registros de acceso y egreso del personal. 3. Verificación de Cuadro de Turnos y Novedades. 4. Verificación de Registros Médicos entre otros. 5. Se obliga con LA EMPRESA Utilizar de forma correcta y de carácter obligatorio el carne suministrado por la E.S.E. hospital San Rafael de Fusagasugá, para el ingreso y egreso a las diferentes áreas del hospital. **CLÁUSULA TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento de la orden a través del Profesional Especializado Área Salud o quien haga sus veces, en las diferentes sedes de LA EMPRESA. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor de la presente orden en la oportunidad y forma aquí establecida. **PARAGRAFO UNICO: RESPONSABILIDADES DEL HOSPITAL.** El Hospital. Adelantará las acciones y/o procesos conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufra en desarrollo o con ocasión del contrato tales como: 1. **ACCIÓN DE REPETICIÓN.** Acción civil de carácter patrimonial que deberá ejercerse en contra del CONTRATISTA que como consecuencia de su conducta dolosa o gravemente culposa haya dado reconocimiento indemnizatorio por parte del estado, proveniente de una condena, conciliación u otra forma de terminación de un conflicto. Para efectos de repetición EL CONTRATISTA, el supervisor se consideran particulares que cumplen funciones públicas en todo lo concerniente a la celebración, ejecución y liquidación de los contratos que celebren con el Hospital. 2. **PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.** EL CONTRATISTA, cuando en el ejercicio de su gestión fiscal o con ocasión de ésta, cause por acción u omisión y en forma dolosa o culposa un daño al patrimonio del Hospital. Sin perjuicio de las acciones dirigidas al resarcimiento de los daños ocasionados al patrimonio público como consecuencia de la conducta dolosa o culposa de quienes realizan gestión fiscal mediante el pago de una indemnización pecuniaria que compense el perjuicio sufrido por el Hospital, éste podrá si a ello hubiere lugar, promover paralelamente los procesos penal y /o de responsabilidad médica, correspondiente. **CLASULACUARTA: TERMINO DE EJECUCION:** El término de ejecución del presente contrato se fija en DOS (2) MESES. **CLÁUSULA QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor de la presente orden se estima en la suma de SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL PESOS (\$793.606.000) M/CTE. **CLASULA SEXTA: FORMA DE PAGO:** LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA el valor fijado en la cláusula quinta, de la siguiente manera. El contratista presentará la factura correspondiente al servicio prestado dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del servicio, prestado, junto con los soportes necesarios para el pago y certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del compromiso, sobre la prestación a entera satisfacción del servicio que se pretende suplir, los pagos estarán sujetos al plan anual de caja mensualidad y flujo de caja, deberá tener en cuenta que se cumplan Las normas legales de la DIAN, a razón de cuotas mensuales vencidas o actas parciales, de acuerdo a la ejecución contractual certificada por el supervisor y presentación de los paz y salvo de Talento Humano sobre el cumplimiento de la norma de habilitación (Estándar Recurso Humano) y de planta y equipo sobre la tenencia de los bienes a su cargo en todo caso los pago a que se obliga La EMPRESA están sujetos a disponibilidad de caja. **PARAGRAFO PRIMERO:** De las cuentas presentadas por el contratista que obedezcan a PRODUCTIVIDAD, se descontará el valor correspondiente a un 15% para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. Esta suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la oficina de auditoría médica de la Institución que el período que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron. Para la presentación de cuenta por concepto de productividad se deberá aportar la certificación que expida la Oficina de auditoría médica de la Institución. Si por algún motivo se supera el monto contratado, el contratista desde ahora CEDE a favor de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, los valores económicos que correspondan a los servicios que hayan superado el monto contratado. De igual forma será requisito la respectiva acreditación del pago de aportes de seguridad social establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003, pago de ARP. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad de EL





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



CONTRATISTA y no tendrá por ello lugar al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

**PARAGRAFO TERCERO:** Las glosas definitivas generadas por el contratista imputables serán descontadas, autorización que se entiende de prestada con la firma del presente contrato. **CLÁUSULA SEPTIMA:**

**DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR:** La supervisión del presente contrato estará a cargo del Sugerente Científico o quien haga sus veces. **PARAGRAFO PRIMERO: OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR:** Son obligaciones del Supervisor 1) Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto del contrato y presentarles los requerimientos de servicios que el Hospital necesite 2). Informar a la Subgerencia Administrativa cualquier fenómeno que altere el equilibrio económico o financiero del contrato a fin de que se estudie la situación y se adopten los mecanismos tendientes a actualizar o revisar los precios de los servicios contratados. 3). realizar la revisión y consolidación de la información tendiente a verificar la correcta y cumplida ejecución del objeto contractual, 4). Realizar las evaluaciones. 5) emitir concepto técnico y recomendación oportuna a la administración sobre la conveniencia de prorrogas, modificaciones, adiciones, o suspensión, del contrato cuando menos con ocho (8) días hábiles de anticipación al vencimiento del plazo y/o duración del contrato, dirigidas al ordenador del gasto con los debidos soportes y justificación. 6) Rendir los informes que le sean requerido por la Gerencia y aquellos que se hayan estipulado en el contrato. 7). Suscribir el acta de iniciación de la ejecución del contrato. 8) Remitir a la oficina Jurídica, copia de todas las comunicaciones recibidas del y enviadas al contratista, así como de las actas, cuadro informes y demás documentos producidos en desarrollo del contrato 9) Realizar junto con El CONTRATISTA la terminación y/o liquidación del contrato, conforme a la documentación soporte, esto es valor ejecutado o valor mayor ejecutado, saldo a reintegrar, cumplimiento o no a satisfacción, adiciones, prorrogas, modificaciones y demás circunstancias generadas en desarrollo del contrato, una vez suscrita el acta de liquidación por el supervisor y El CONTRATISTA y firma del ordenador del Gasto, debiendo elaborar el acta de terminación y/o liquidación. 10) Comunicar a la Gerencia cualquier irregularidad que se observe en el curso de la ejecución del contrato que modifique o altere la normal ejecución del contrato. 11) abstenerse bajo su exclusiva responsabilidad de permitir la iniciación del objeto contratado antes de la fecha indicada en el respectivo contrato sin que este reúna los requisitos de ley. 12) Verificar la prestación de los servicios previstos en el objeto contractual de conformidad con las estipulaciones del contrato, expidiendo las constancias de prestación del servicio, las cuales se remitirán a la oficina Jurídica. 13) Dar información o instrucción al contratista sobre el desarrollo del objeto contratado. 14) abstenerse de suscribir documentos y dar órdenes verbales al contratista o a sus cooperados que modifiquen o alteren las condiciones inicialmente pactadas en el contrato, siendo de competencia de quien suscribe el contrato, para lo cual deberá informar lo pertinente al ordenador del Gasto para que en lo pertinente ordene la elaboración y trámite de los actos respectivos. 15) cualquier divergencia que se presente entre el contratista y el supervisor, deberá ser puestas en forma inmediata al ordenador del Gasto y representante legal de la Entidad a para que sea dirimida por este. 16) Recibir el informe final de El CONTRATISTA y emitir su concepto sobre el mismo. 17) Exigir que la calidad servicios contratados se ajusten a los requisitos mínimos previstos en las normas técnicas obligatorias y a las características y especificaciones estipuladas en el contrato. 18) Certificar el cumplimiento y calidad de la del servicio prestado por El CONTRATISTA una vez terminado el contrato, y así mismo enviara a la oficina jurídica para su revisión y posterior archivo. 19) revisar y certificar el cumplimiento a los pagos exigidos en la Ley 828 de 2003. 20). Además tendrá las funciones señaladas en los artículos 23 y 25 del Acuerdo 008 de 2014, **CLÁUSULA OCTAVA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor de la presente orden se respalda por el certificado de disponibilidad presupuestal No. 433 de fecha 29 de febrero de 2016 Código A Gastos de Funcionamiento, 211 Gastos de Personal, 21102 Servicio Personales Indirectos, 211020301 Remuneración Servicios Técnico-Asistencial, con cargo al Presupuesto aprobado para la vigencia fiscal de 2016. **CLÁUSULA NOVENA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS:** EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente la presente orden, ni subcontratar con persona natural o jurídica los derechos y obligaciones emanados de la presente orden, sin que medie autorización previa, expresa y por escrito por parte de LA EMPRESA. **CLÁUSULA DECIMA: SUSPENSIÓN:** Las partes contratantes podrán suspender temporalmente la presente orden, mediante la suscripción de un acta en donde conste tal evento, cuando medie alguna de las siguientes causales: 1) Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas. 2) A solicitud debidamente sustentada presentada por una de las partes. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución de la orden, ni dará derecho a exigir indemnización sobre costos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en la orden. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** 1) **MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente orden EL CONTRATISTA autoriza expresamente a LA EMPRESA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



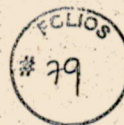
total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) **PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA se obliga a pagar a LA EMPRESA una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) **CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas, de igual forma EL CONTRATISTA autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN:** La presente orden se dará por terminada en cualquiera de los siguientes eventos: 1) Por el cumplimiento a satisfacción de las prestaciones derivadas de la misma. 2) A solicitud debidamente sustentada interpuesta por una de las partes, por lo menos, con quince (15) días de anticipación. 3) Por acuerdo bilateral. 4) Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. En los eventos numerados con 2, 3 y 4, se deberá suscribir acta donde conste tal hecho. Una vez terminada la orden se procederá a su liquidación, de conformidad con lo preceptuado por la ley 80 de 1993. Para el efecto, el supervisor debe presentar solicitud en tal sentido, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de terminación, anexando: a) estado de cuenta, b) certificado de cumplimiento. c) informe final de ejecución. d) Certificado sobre el cumplimiento o incumplimiento por parte del EL CONTRATISTA. La liquidación se realizará de común acuerdo dentro de los dos (2) meses siguientes a los dos (2) meses anteriormente señalados. Si vencido este plazo EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación o las partes no llegan a un acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada directa y unilateralmente por LA EMPRESA y se adoptará por acto administrativo motivado, susceptible de recurso de reposición. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA desarrollará el objeto de la presente orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto la orden no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la entidad contratante, de conformidad con lo estipulado por el Estatuto General de Contratación. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de la presente orden, afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la presente orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de ésta, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15,16 y 17 de la ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente orden se entiende perfeccionada con la suscripción de la misma por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996. **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: NORMATIVIDAD APLICABLE:** De conformidad código de comercio. En caso contrario, se aplicará la disposición civil comercial y aquellas disposiciones concordantes. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución de la presente orden con ocasión de él, se intentará inicialmente por los mecanismos de conciliación, transacción o amigable composición, de acuerdo con la normatividad que regula la solución alternativa de conflictos. **CLÁUSULA VIGESIMA: INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** EL CONTRATISTA actuara por su propia cuenta, con absoluta autonomía y no estará sometido a la subordinación laboral con el contratante Empresa social del Estado Hospital san Rafael de Fusagasugá y su derechos se limitaran, de acuerdo con la naturaleza del contrato a exigir cumplimiento de las obligaciones de la empresa y el pago del valor del contrato estipulado por la prestación del servicio por tanto, EL HOSPITAL estará indemne de cualquier responsabilidad laboral o administrativa del personal utilizado para cumplir con este contrato. **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: DE LAS GARANTÍAS:** EL CONTRATISTA se obliga a constituir en una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, cuya póliza matriz esté aprobada por la Superfinanciera Bancaria, garantía única de cumplimiento o garantía bancaria que ampare: En esta póliza se incluirán los siguientes amparos que garanticen la ejecución del contrato contra la ocurrencia de los riesgos que puedan afectar la ejecución del mismo:

| AMPAROS      | PORCENTAJE Y VALOR         | VIGENCIA                                               |
|--------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|
| Cumplimiento | 10% del valor del contrato | Igual al plazo de ejecución del contrato y 4 meses más |





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



| Calidad de los Bienes                                                                                                                                                                          | 15% del valor del contrato                                                                                                                                                                                          | Igual al plazo de ejecución del contrato y 1 año más                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsabilidad civil extracontractual                                                                                                                                                         | En cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato.                                                                                                                                             | La del contrato y 3 meses más                                                       |
| Pago de salarios, prestaciones sociales, Póliza de responsabilidad médica. Esta póliza deberá ser presentada por cada uno de los asociados que desarrollen actividades en el área asistencial. | 5% del valor del contrato<br>En cuantía equivalente así: Para personal asistencial profesional 200 SMLMV y para personal asistencial auxiliar 100 SMLMV, vigente durante el término de ejecución y un (01) año más. | La del contrato y 3 años más<br>Deberá estar vigente por la vigencia del compromiso |

**CLÁUSULA VIGECIMA SEGUNDA: DOCUMENTOS DE LA ORDEN:** Forman parte integral de la presente orden, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: **a)** Estudio de oportunidad y conveniencia. **b)** Certificado de disponibilidad presupuestal. **c)** Los presentados por **EL CONTRATISTA** en su propuesta; **d)** Registro presupuestal. **e)** Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma.

**CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA INDEMNIDAD:** Será obligación del **CONTRATISTA** mantener libre e indemne a la ESE HOSPITAL de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes, de conformidad en las normas vigentes sobre la materia y las que lo modifiquen, sustituyan o adicione.

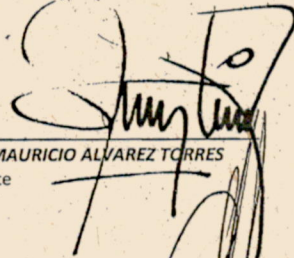
**CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA GASTOS. EL CONTRATISTA** asumirá todos los gastos que se requieran para el perfeccionamiento de la presente orden.

**VIGESIMA QUINTA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

Para constancia se firma en el Municipio de Fusagasugá - Cundinamarca, al primero (1) del mes de marzo de Dos Mil dieciséis (2016).

LA EMPRESA

EL CONTRATISTA

  
JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
Gerente

  
ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ  
Representante Legal

  
GERMAN ALFREDO MANCERA BARCO  
COORDINADOR Y JURIDICO DE LA UNIDAD DE CONTRATACION

Elaboro: Nancy Laverde





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



ANEXO 01

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 514-2016

PRODUCTIVIDAD

| ITEM                | PROCESO Y/O SUBPROCESO                      | Valor Mensual | Valor Mensual | Mínimo personal Proceso |
|---------------------|---------------------------------------------|---------------|---------------|-------------------------|
| 1                   | PROCESO EN FISIATRIA                        | 4.500.000     | 4.500.000     | 1                       |
| 2                   | PROCESO DERMATOLOGIA (Procedimientos 70/30) | 3.000.000     | 3.000.000     | 1                       |
| 3                   | PROCESO NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA           | 2.500.000     | 2.500.000     | 1                       |
| TOTAL PRODUCTIVIDAD |                                             |               | 10.000.000    | 3                       |

VALOR FIJO

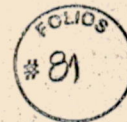
| ITEM                     | PROCESO Y/O SUBPROCESO                                 | Valor Individual | Valor Total | Mínimo personal Proceso |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|
| 1                        | Proceso En Medicina En Patología                       | 5.591.000        | 5.591.000   | 1                       |
| 2                        | Proceso De Disección De Autopsias Clínicas             | 60.000           | 180.000     | 3                       |
| 3                        | Subproceso En Apoyo Paramédico En Ambulancia           | 1.049.000        | 1.049.000   | 1                       |
| 4                        | Proceso En Histotecnología                             | 1.169.000        | 1.169.000   | 1                       |
| 5                        | Proceso En Citotecnología                              | 1.650.000        | 1.650.000   | 1                       |
| 6                        | Proceso En Cirugía Plástica                            | 5.081.000        | 5.081.000   | 1                       |
| 7                        | Subproceso Apoyo Técnico Referencia Y Contrareferencia | 1.217.000        | 1.217.000   | 1                       |
| 8                        | Apoyo Logístico Hospitalario                           | 1.000.000        | 1.000.000   | 1                       |
| 9                        | Proceso De Apoyo Técnico De Calidad                    | 1.500.000        | 1.500.000   | 1                       |
| TOTAL VALOR FIJO MENSUAL |                                                        | 18.437.000       | 18.437.000  | 8                       |

HORAS

| Item | Proceso Y/O Subproceso                            | Valor Hora | N° De Horas | Valor Contrato | Funcionario |
|------|---------------------------------------------------|------------|-------------|----------------|-------------|
| 1    | SUBPROCESO APOYO TECNICO EN FARMACIA              | 6.400      | 183         | 1.171.200      | 1           |
| 2    | PROCESO EN MEDICINA GENERAL URGENCIAS PEDIATRICAS | 23.000     | 1464        | 33.672.000     | 9           |
| 3    | PROCESO EN MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA          | 21.880     | 2012        | 44.022.560     | 9           |
| 4    | PROCESO EN GINECOLOGIA                            | 55.000     | 821         | 45.155.000     | 5           |
| 5    | PROCESO EN CIRUGIA GENERAL                        | 55.000     | 809         | 44.495.000     | 6           |
| 6    | PROCESO EN ANESTESIOLOGIA                         | 65.000     | 50          | 3.250.000      | 1           |
| 7    | PROCESO EN MEDICINA INTERNA                       | 60.000     | 922         | 55.320.000     | 4           |
| 8    | PROCESO EN MEDICINA EN PEDIATRIA                  | 60.000     | 912         | 54.720.000     | 7           |
| 9    | PROCESO EN CONSULTA EN DERMATOLOGIA               | 50.000     | 48          | 2.400.000      | 1           |



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



| Item | Proceso Y/O Subproceso                                             | Valor Hora | N° De Horas<br>Noviembre | Valor Total | Funcionario |
|------|--------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------------|-------------|
| 10   | SUBPROCESO EN ENFERMERIA PROFESIONAL HOSPITALARIA                  | 11.800     | 1830                     | 21.594.000  | 10          |
| 11   | SUBPROCESO EN ENFERMERIA AUXILIAR HOSPITALARIA                     | 6.400      | 4575                     | 29.280.000  | 25          |
| 12   | SUBPROCESO EN ENFERMERIA AUXILIAR COMUNITARIA                      | 5.600      | 1183                     | 6.624.800   | 6           |
| 13   | SUBPROCESO EN FISIOTERAPIA                                         | 10.500     | 515                      | 5.407.500   | 3           |
| 14   | SUBPROCESO EN TERAPIA RESPIRATORIA                                 | 10.900     | 549                      | 5.984.100   | 3           |
| 15   | PROCESO TERAPIA OCUPACIONAL                                        | 10.500     | 132                      | 1.386.000   | 1           |
| 16   | PROCESO EN FONOAUDIOLOGIA                                          | 10.500     | 186                      | 1.953.000   | 1           |
| 17   | SUBPROCESO EN MOVILIZACION INTERNA DE PACIENTE EN CAMILLA          | 4.960      | 220                      | 1.091.200   | 1           |
| 18   | PROCESO EN GESTION ADMINISTRATIVA DE ESPECIALISTA                  | 30.000     | 80                       | 2.400.000   | 4           |
| 19   | Horas Adicionales por Necesidades del Servicio Médico Hospitalario | 21.880     | 171                      | 3.741.480   |             |
| 20   | Necesidades o Eventualidades                                       |            |                          | 4.698.160   |             |

Precios, cantidades y especificaciones fijadas en el estudio de conveniencia y necesidades suscrito por las subgerencias administrativa, científica y comunitaria.

LA EMPRESA

JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
Gerente

EL CONTRATISTA

ANDRÉ ALEXI ROJAS MARTINEZ  
Representante Legal





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1



ACTA DE INICIO

| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 514-2016 |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTRATANTE                                      | ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA                                                                      |
| CONTRATISTA                                      | COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD "COOMEDSALUD" |
| DIRECCION Y TELEFONO                             | TRANSVERSAL 12 N° 23-15 FUSAGASUGA Tel.8678604                                                             |
| VALOR                                            | SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL PESOS (\$793.606.000) M/CTE.                      |
| PLAZO DE EJECUCION                               | DOS (2) MESES                                                                                              |
| FECHA                                            | MARZO 1 DE 2016                                                                                            |

En Fusagasugá Cundinamarca, al primero (1) de marzo de Dos Mil dieciséis (2016), se reunieron las siguientes personas: El Subgerente Científico en calidad de Supervisor de la Empresa, y el señor **ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 82.389.622, en calidad de Contratista se reunieron con el fin de dejar constancia del inicio de la orden.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída y en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

LUZ HELENA TOBON ACERO ACERO  
Supervisor

ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ

26 / 13


**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NIT: 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**  
 DECRETO 1082-DE 2015

# 84

|                                               |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  |                      |  |
|-----------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------|--|--|----------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------|--|
| Ciudad de Expedición<br>BOGOTÁ, D.C.          |  |  | Sucursal<br>ANTIGÜO COUNTRY                 |  |  | Cod. Sucursal<br>21  |  | No. Póliza<br>21-44-101218039               |  | Anexo<br>0           |  |
| Fecha Expedición<br>Día Mes Año<br>02 03 2016 |  |  | Vigencia Desde<br>Día Mes Año<br>01 03 2016 |  |  | A las Horas<br>00:00 |  | Vigencia Hasta<br>Día Mes Año<br>01 05 2019 |  | A las Horas<br>00:00 |  |
| Tipo de Movimiento<br>EMISION ORIGINAL        |  |  |                                             |  |  |                      |  |                                             |  |                      |  |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**  
 Nombre o Razon Social: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD  
 Dirección: TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO  
 Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA  
 Teléfono: 8673934  
 Identificación: 808.003.421-2

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**  
 Asegurado / Beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
 Dirección: TV 12 22 51 P. 1 SN MATEO  
 Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA  
 Teléfono: 8676106  
 Identificación: 890.680.025-1

**OBJETO DEL SEGURO**  
 Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan-SCU0108- que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado, S.A., garantiza:  
 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 514-2016, RELACIONADO CON DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA EL APOYO A LA GESTION Y OPERACION EN LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS ASISTENCIALES Y DE APOYO DE: MEDICINA GENERAL DE URGENCIAS PEDIATRICAS, MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA, ESPECIALIDADES DE ANESTESIA, CIRUGIA PLASTICA, PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, UROLOGIA, FISIATRIA, MEDICINA INTERNA, PATOLOGIA, DERMATOLOGIA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y DE LINGUAJE, FONOAUDILOGIA, FISIOTERAPIA, INSTRUMENTACION QUIRURGICA, TECNICOS EN FARMACIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALARIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA COMUNITARIA, ENFERMERA HOSPITALARIA, ENFERMERA COMUNITARIA, ENFERMERA CONSULTA EXTERNA, AUXILIAR ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA, MOVILIZACION DE PACIENTES EN CAMILLA, PARAMEDICOS, CONDUCTORES DE AMBULANCIA, BACTERIOLOGIA, PROCESO DE DISECCION DE AUTOPSIAS CLINICAS, TECNICO DE RADIOLOGIA, APOYO EN PROMOCION EN SALUD, COORDINACION POR ESPECIALISTA, SUBPROCESO EN APOYO A INVENTARIOS, APOYO LOGISTICO HOSPITALARIO, DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**AMPAROS**

| AMPAROS                                                                     | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEO/ACTUAL |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO                                                   | 01/03/2016     | 01/09/2016     | \$79,360,680.00  |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LOCALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | 01/03/2016     | 01/05/2019     | \$39,480,300.00  |
| VALDAD DEL SERVICIO                                                         | 01/03/2016     | 01/05/2017     | \$119,040,900.00 |

**OBSERVACIONES**

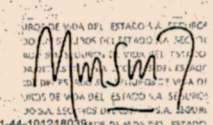
|                    |                   |                    |                      |                        |                      |
|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Valor Prima Neta   | Gastos Expedición | IVA                | Total a Pagar        | Valor Asegurado Total  | Fecha Límite de Pago |
| \$ *****913,842.00 | \$ *****7,000.00  | \$ *****147,334.00 | \$ *****1,068,177.00 | \$ *****238,081,800.00 | / /                  |

| NOMBRE                            | CLAVE | % DE PART. |
|-----------------------------------|-------|------------|
| FRANSE ASSESORES DE SEGUROS LTDA. | 28580 | 100.00     |

| NOMBRE COPIANTE | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|-----------------|---------|-----------------|
|                 |         |                 |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Teléfono: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

  
**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Barmiento - Gerente de Flotas**  
Usted puede consultar esta póliza en: www.segurosdelestado.com

  
(415) 7709998021167 (80201) 11805113289730 (3900) 800001068177 (96) 20170981

**REFERENCIA PAGO:**  
 1100611628973-0

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



27/20

| SEGUROS DEL ESTADO S.A.                                                                                                                                                              |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|--------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|-----------------------|--|
| PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL                                                                                                                                     |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| DECRETO 1082 DE 2015                                                                                                                                                                 |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| NIT: 890.009.378-6                                                                                                                                                                   |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| Ciudad de Expedición                                                                                                                                                                 |  | Sucursal          |  | Cod. Sucursal      |  | No Póliza                |  | Anexo                  |  |                       |  |
| BOGOTÁ, D.C.                                                                                                                                                                         |  | ANTIGUO COUNTRY   |  | 21                 |  | 21-44-101218039          |  | 0                      |  |                       |  |
| Fecha Expedición                                                                                                                                                                     |  | Vigencia Desde    |  | A las              |  | Vigencia Hasta           |  | A las                  |  |                       |  |
| Día Mes Año                                                                                                                                                                          |  | Día Mes Año       |  | Horas              |  | Día Mes Año              |  | Horas                  |  |                       |  |
| 02 03 2016                                                                                                                                                                           |  | 01 03 2016        |  | 00:00              |  | 01 05 2019               |  | 00:00                  |  |                       |  |
|                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                    |  |                          |  | Tipo de Movimiento     |  |                       |  |
|                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                    |  |                          |  | EMISION ORIGINAL       |  |                       |  |
| DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO                                                                                                                                                      |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| Nombre o Razón Social                                                                                                                                                                |  |                   |  |                    |  | Identificación           |  |                        |  |                       |  |
| COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD                                                                       |  |                   |  |                    |  | 808.003.421-2            |  |                        |  |                       |  |
| Dirección                                                                                                                                                                            |  |                   |  |                    |  | Ciudad                   |  | Teléfono               |  |                       |  |
| TV 12 NRO 23 15 BARRIO SAN MATEO                                                                                                                                                     |  |                   |  |                    |  | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |  | 8673934                |  |                       |  |
| DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO                                                                                                                                                   |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| Asegurado / Beneficiario                                                                                                                                                             |  |                   |  |                    |  | Identificación           |  |                        |  |                       |  |
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA                                                                                                                          |  |                   |  |                    |  | 890.690.025-1            |  |                        |  |                       |  |
| Dirección                                                                                                                                                                            |  |                   |  |                    |  | Ciudad                   |  | Teléfono               |  |                       |  |
| TV 12 22 51 P 1 SN MATEO                                                                                                                                                             |  |                   |  |                    |  | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |  | 8676105                |  |                       |  |
| <b>COPIA PARA PAGO<br/>EN BANCOS NO<br/>NEGOCIABLE</b>                                                                                                                               |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| Valor Prima Neta                                                                                                                                                                     |  | Gastos Expedición |  | IVA                |  | Total a Pagar            |  | Valor Asegurado Total  |  | Fecha Límite de Pago  |  |
| \$ ****013.842.00                                                                                                                                                                    |  | \$ *****7.000.00  |  | \$ *****147.334.00 |  | \$ *****1.088.177.00     |  | \$ *****238.081.800.00 |  | / /                   |  |
| INTERMEDIARIO                                                                                                                                                                        |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  | DISTRIBUCION COSEGURO |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                               |  | CLAVE             |  | N. DE PART.        |  | NOMBRE COMPAÑIA          |  | N. DE PART.            |  | VALOR ASEGURADO       |  |
| FRASCO ASESORES DE SEGUROS LTDA.                                                                                                                                                     |  | 28590             |  | 100.00             |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO. |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| FORMA DE PAGO                                                                                                                                                                        |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| BANCO                                                                                                                                                                                |  | CHEQUE No.        |  | VALOR              |  |                          |  |                        |  |                       |  |
|                                                                                                                                                                                      |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| EFECTIVO                                                                                                                                                                             |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| CHEQUE                                                                                                                                                                               |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| TOTAL \$                                                                                                                                                                             |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
|                                                                                                  |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| REFERENCIA PAGO: 1100611528973-0                                                                                                                                                     |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| (415) 77099980211671(8020) 11005115289730(3900) 000001068177(96) 20170301                                                                                                            |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| CONVENIOS DE PAGO                                                                                                                                                                    |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| BANCO DE BOGOTÁ SEGUROS DEL ESTADO S.A. CUENTA CORRIENTE 009466445                                                                                                                   |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| BANCOLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. CONVENIO 47189                                                                                                                                   |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |
| COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE                                                                                                                                              |  |                   |  |                    |  |                          |  |                        |  |                       |  |





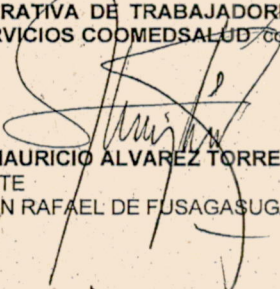
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1



Fusagasugá, Cundinamarca 02 de marzo de 2016

HACE CONSTAR

Que LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA NIT 890-680.025-1 dio aprobación a la Póliza No. 21-44-101218039 de la entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A. con Nit. 860.009.578-6, riesgos que ampara CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, CALIDAD DEL SERVICIO, Y PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES respectivamente, cuyo beneficiario es la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. El amparo se encuentra estipulado desde el 01 de marzo de 2016 hasta el 01 de mayo de 2019, con el fin de garantizar la Orden 514-2016 suscrita entre LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS COOMEDSALUD con Nit. 808.003.421-2.

  
JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
GERENTE  
ESE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Elaboro, Nancy Laverde  
Reviso, Germán Mancera Barbosa 



472

| SEGUROS DEL ESTADO S.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| RCE CONTRATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Ciudad de Expedición<br>BOGOTÁ, D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             | Sucursal<br>ANTIGUO COUNTRY |                         |  | Cod. Sucursal<br>21                         |  | No. Póliza<br>21-40-101058921 |  |
| Fecha Expedición<br>Día Mes Año<br>02 03 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Vigencia Desde<br>Día Mes Año<br>01 03 2016 |                             | A las Horas<br>00:00 01 |  | Vigencia Hasta<br>Día Mes Año<br>09 03 2016 |  | A las Horas<br>00:00 01       |  |
| Tipo de Movimiento<br>EMISION ORIGINAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Nombre o Razon Social<br>COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                             |                             |                         |  | Identificación : 808.003.421-2              |  |                               |  |
| Dirección : TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  | Ciudad : FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA           |  | Teléfono : 8673934            |  |
| DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                             |                             |                         |  | Identificación : 890.600.025-1              |  |                               |  |
| Dirección : TV 12 22 51 P 1 SN MATEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             |                             |                         |  | Ciudad : FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA           |  | Teléfono : 8676106            |  |
| OBJETO DEL SEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexas a E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado S.A., garantiza:<br>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 514-2016, RELACIONADO CON DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA EL APOYO A LA GESTION Y OPERACION EN LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS ASISTENCIALES Y DE APOYO DE: MEDICINA GENERAL DE URGENCIAS, PEDIATRICAS, MEDICINA GENERAL HOSPITALARIA, ESPECIALIDADES DE ANESTESIA, CIRUGIA PLASTICA, PSIQUIATRIA, PEDIATRIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, UROLOGIA, PSIQUIATRIA, MEDICINA INTERNA, PATOLOGIA, OBSTACULOS, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA OCUPACIONAL Y DE LENGUAJE, FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA, INSTRUMENTACION QUIRURGICA, TECNICOS EN FARMACIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA HOSPITALARIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA COMUNITARIA, ENFERMERA HOSPITALARIA, ENFERMERA COMUNITARIA, ENFERMERA CONSULTA EXTERNA, AUXILIAR ENFERMERIA CONSULTA EXTERNA, MOVILIZACION DE PACIENTES EN CAMILLA, PARAMEDICOS, CONDUCTORES DE AMBULANCIA, BACTERIOLOGIA, PROCESO DE DIRECCION DE AUTOMATAS CLINICAS, TECNICO DE RADIOLOGIA, APOYO EN PROMOCION EN SALUD, COORDINACION POR ESPECIALISTA, SUBPROCESO EN APOYO A INVENTARIOS, APOYO LOGISTICO HOSPITALARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.<br>BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| AMPAROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| AMPAROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASRG/ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| PREDIOS LABORES Y OPERACIONES 01/03/2016 01/08/2016 \$79,360,600.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| REDUCIBLE 10.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo 3.00 SMMLV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Valor Prima Neta Gastos Expedición IVA Total a Pagar Valor Asegurado Total Fecha Límite de Pago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| \$ *****99,798.00 \$ *****0.00 \$ *****15,967.00 \$ *****115,766.00 \$ *****79,360,600.00 02 / 03 / 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| INTERMEDIARIO DISTRIBUCION COASEGURO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| NOMBRE CLAVE % DE PART. NOMBRE COMPAÑIA % DE PART. VALOR ASEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| FRASBO-ASESORES DE SEGUROS LTDA. 20580 100.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Gerente de Finanzas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| FIRMA AUTORIZADA: CAROLINACASAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |
| FIRMA AUTORIZADA: CAROLINACASAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                             |                             |                         |  |                                             |  |                               |  |

Unidad puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 7309077

CAROLINACASAL



20 23

| SEGUROS DEL ESTADO S.A.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE OLIOS |                                                                             |                           |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| NIT: 660.008.578-9                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   | RCE CONTRATOS                                                                 |                                                                             |                           |                      |
| Ciudad de Expedición: BOGOTÁ, D.C.                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   | Sucursal: ANTIQUEO COUNTRY                                                    | Cod. Sucursal: 21                                                           |                           |                      |
| No. Póliza: 21-40-101088921                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | Anexo: 0                                                                      |                                                                             |                           |                      |
| Fecha Expedición: Día 02 Mes 03 Año 2016                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | Vigencia Desde: Día 01 Mes 03 Año 2016                                        | A las Horas 00:00                                                           |                           |                      |
| Vigencia Hasta: Día 08 Mes 08 Año 2016                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   | A las Horas 00:00                                                             | Tipo de Movimiento: EMISION ORIGINAL                                        |                           |                      |
| DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| Nombre o Razón Social: COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS A ENTIDADES DEL SECTOR SALUD COOMEDSALUD                                                                                                                                                                        |                   | Identificación: 808.003.421-2                                                 |                                                                             |                           |                      |
| Dirección: TV 12 NRO. 23 - 15 BARRIO SAN MATEO                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                                              | Teléfono: 8673934                                                           |                           |                      |
| DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| Asegurado / Beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA                                                                                                                                                                                                                        |                   | Identificación: 890.680.025-1                                                 |                                                                             |                           |                      |
| Dirección: TV 12 22 51 P 1 SN MATEO                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   | Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                                              | Teléfono: 8676106                                                           |                           |                      |
| <b>COPIA PARA PAGO<br/>EN BANCOS NO<br/>NEGOCIABLE</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| Valor Prima Neta                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Gastos Expedición | IVA                                                                           | Total a Pagar                                                               | Valor Asegurado Total     | Fecha Límite de Pago |
| \$ *****99,798.00                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ *****0.00      | \$ *****15,967.00                                                             | \$ *****115,766.00                                                          | \$ *****79,360,600.00     | 02 / 03 / 2016       |
| INTERMEDIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   | CLAVE                                                                         | N. DE PART.                                                                 | DISTRIBUCION COMISIONARIO |                      |
| NOMBRE: PRASEG ASSEBRES DE SEGUROS LTDA.                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | 29580                                                                         | 100.00                                                                      | N. PART. VALOR ASEGURADO  |                      |
| LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.                                                                                                                         |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| FORMA DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CHEQUE No.        | VALOR                                                                         |                                                                             |                           |                      |
| EFFECTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| CHEQUE                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
| TOTAL \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               | REFERENCIA PAGO: 1100811528975-5                                            |                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               | (415) 7709998021167 (9020) 11005115289755 (3900) 000000119766 (96) 20170301 |                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               | CONVENIOS DE PAGO                                                           |                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               | BANCO DE BOGOTÁ SEGUROS DEL ESTADO S.A. CUENTA CORRIENTE 008466445          |                           |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                               | BANCOLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. CONVENIO 47189                          |                           |                      |
| COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                               |                                                                             |                           |                      |





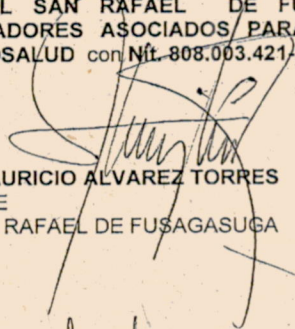
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1

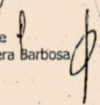


Fusagasugá, Cundinamarca 02 de marzo de 2016

HACE CONSTAR

Que LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA NIT 890-680.025-1 dio aprobación a la Póliza No. 21-40-101088921 de la entidad aseguradora **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** con Nit. 860.009.578-6, riesgos que ampara **RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL** respectivamente, cuyo beneficiario es la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. El amparo se encuentra estipulado desde el 01 de marzo de 2016 hasta el 01 de agosto de 2016; con el fin de garantizar la Orden 514-2016 suscrita entre LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y COOPERATIVA DE TRABAJADORES ASOCIADOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS COOMEDSALUD con Nit. 808.003.421-2.

  
JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
GERENTE  
ESE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Elaboro. Nancy Laverde  
Reviso. Germán Mancera Barbosa  


SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4924672291960809

Generado el 09 de julio de 2019 a las 10:03:20

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1765 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, periodo que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES





## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4924672291960809

Generado el 09 de julio de 2019 a las 10:03:20

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se regirá por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los Cien (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaria 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                      | IDENTIFICACIÓN | CARGO                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Jorge Arturo Mora Sánchez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/10/1991          | CC - 2924123   | Presidente                      |
| Humberto Mora Espinosa<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017             | CC - 79462733  | Primer Suplente del Presidente  |
| Jesús Enrique Camacho Gutiérrez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017    | CC - 17093529  | Segundo Suplente del Presidente |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017 | CC - 52158615  | Tercer Suplente del Presidente  |
| Alvaro Muñoz Franco<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017                | CC - 7175834   | Cuarto Suplente del Presidente  |





SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4924672291960809

Generado el 09 de julio de 2019 a las 10:03:20

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

| NOMBRE                                                                    | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| July Natalia Gaona Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 03/12/2013         | CC - 63558966  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Felipe Carvajal Dysidoro<br>Fecha de inicio del cargo: 24/02/2015    | CC - 93239897  | Representante Legal Para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina<br>Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016  | CC - 16073822  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Hernando Gómez Marín<br>Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016             | CC - 70038875  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Marttá Hernández<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016  | CC - 28559781  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios<br>Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016       | CC - 80420757  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018 | CC - 79982889  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013   | CC - 79626122  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011  | CC - 98561859  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Piedad Cristina Corre<br>Fecha de inicio del cargo: 05/07/2019            | CC - 26201447  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011  | CC - 34566992  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011             | CC - 66996315  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019      | CC - 37324800  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019             | CC - 79285281  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019           | CC - 79443951  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal<br>Fecha de inicio del cargo: 15/11/2018  | CC - 52582664  | Quinto Suplente del Presidente              |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios

*Maria Catalina E. C. Cruz García*

**MARÍA CATALINA E. C. CRUZ GARCÍA  
SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."





35 78

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 4924672291960809

Generado el 09 de julio de 2019 a las 10:03:20

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
CLINICAS Y HOSPITALES

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                    |                                                                                           |                                                 |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                           | SUCURSAL<br>CORREDORES                                                                                                                                                                                               | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISION ORIGINAL                             | POLIZA No.<br>17-03-101000972                                                             | ANEXO No.<br>0                                  |
| TOMADOR<br>DIRECCION<br>ASEGURADO<br>DIRECCION<br>BENEFICIARIO | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA<br>TERCEROS AFECTADOS | CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA<br>CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA | NIT 890.680.025-1<br>TELEFONO 8676106<br>NIT 890.680.025-1<br>TELEFONO 8672900<br>NIT 0-0 |                                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>11 / 05 / 2015               | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2015                                                                                                                                                   | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2016                    | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2015                         | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2016 |
| INTERMEDIARIO<br>GENTIL CAICEDO CARDOZO                        | CLAVE<br>963351                                                                                                                                                                                                      | % PARTICIPACION<br>100.00                                          | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO                                                              | % PARTICIPACION                                 |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION

AMPAROS

PERJUICIO PATRIMONIAL

ERRORES U OMISIONES

SUMA ASEGURADA \$ INVAR

SUBLIMITA

\$ 700,000,000.00  
\$ 700,000,000.00

DEDUCIBLES: 5.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA ENTIDAD A SUS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.

|                      |                        |                |                       |
|----------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA | \$ *****700,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****14,000,000.00 |
| PLAN DE PAGO         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****2,240,000.00  |
|                      |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****16,240,000.00 |

TERMINO 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 SE REALIZA A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 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: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTÁ, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)



REFERENCIA  
PAGO:

1100310521011-1

(415) 7709998021167 (8020) 1100310521011 (3900) 000016240000 (96) 20150616

Seguros del Estado S.A.

NIT. 8600095786

SUC. CORREDORES

CALLE 17 NO. 10-16 PISO 3

TEL. 341 46 46

FIRMA AUTORIZADA

MAGNOLIAALZATE

CLIENTE

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

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA - NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO - RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO                                          | POLIZA No.      | ANEXO No.                |
|--------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| CORREDORES   | EMISION ORIGINAL                                            | 17-03-101000972 | 0                        |
| TOMADOR      | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | NIT             | 890.680.025-1            |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | CIUDAD          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO    | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | TELEFONO        | 8676106                  |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | NIT             | 890.680.025-1            |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                          | CIUDAD          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
|              |                                                             | TELEFONO        | 8672900                  |
|              |                                                             | NIT             | 0-0                      |

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

MEDICOS GRUPO A 10, DEMAS MEDICOS GRUPO A 42, ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS 8, AUXILIARES DE ENFERMERIA 32, JEFES 5  
PARAMEDICOS 85 Y CAMAS 25.  
GASTOS DE DEFENSA 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

OBJETO DEL SEGURO: cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestacin de servicios de salud.  
Base de cobertura: siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente piza

AMPAROS:  
La responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la piza derivada de la posesin y el uso de aparatos y tratamientos mdicos con fines de diagnostico o teraputicos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estn reconocidos por la ciencia mdica.

La cobertura comprende tambin la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (pio) por daos materiales o daos personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrolan las actividades propias de la profesin mdica materia de este seguro.  
Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por daos personales ocurridos durante la vigencia de la pizas consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales mdicos, quirrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestacin del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisin directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes.

VALOR ASEGURADO: \$700.000.000 Evento / Vigencia  
SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA: hasta \$10.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

EXCLUSIONES:  
Daos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesin mdica con fines diferentes al diagnostico o a la teraputica. En caso de la ciruga plstica o esttica, solamente se otorga en los casos de ciruga reconstructiva posterior a un accidente y de ciruga correctiva de anomalidades congntas.

Daos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesin mdica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.  
Daos causados por la prestacin de servicios por personas que no estn legalmente habilitadas para ejercer la profesin o no cuentan con la respectiva autorizacin o licencia otorgada por la autoridad competente.

Reclamaciones por daos causados por la prestacin de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohlicas o narcoticas.  
Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o cientficas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la piza y a riesgos de infeccin o contagio con enfermedades o agentes patgenos.

Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales  
Reclamaciones de personas que tienen una relacin laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.

Daos (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extraccin, transfusin y/o conservacin de sangre o plasma sanguneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisicin, transmisin o contagio del sndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Reclamaciones por daos relacionados directa o indirectamente con el sida, virus del tipo VIH, hepatitis b.  
Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocacin de un embarazo o de una procreacin.

Reclamaciones derivadas de daos o perjuicios que no sean consecuencia directa de un dao personal o material, causado por el tratamiento de un paciente.  
perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisin de dictmenes periciales, violacin de secreto profesional.

En el caso de odontlogos y ortodoncistas, reclamaciones por daos causados por la aplicacin de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clnica o un hospital acreditado para dicho fin.

Reclamaciones por actos mdicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

Reclamaciones por daos genticos  
Reclamaciones por organismos patognicos (mofo u hongos sus esporas, bacterias, algas, mico toxinas y cualquier otro producto metablico, enzimas proteicas segregadas por las anteriores, bien sea txicas no.)

Reclamaciones por daos morales  
Prdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a prdidas de utilidades, prdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesin corporal o un dao a la propiedad amparado por esta piza.

Reclamaciones por enfermedades profesionales  
Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin mdica.

GARANTAS:  
Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacin 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.

5.5 DEDUCIBLES: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 3 SMLMV





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
CLINICAS Y HOSPITALES**

|                                                                          |                                                                    |                                                                   |                                                 |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                                     | SUCURSAL<br>CORREDORES                                             | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA                           | POLIZA No.<br>17-03-101000972                   | ANEXO No.<br>2                                  |
| TOMADOR<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA   |                                                                    |                                                                   | NIT                                             | 890.680.025-1                                   |
| DIRECCIÓN<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              |                                                                    |                                                                   | CIUDAD                                          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                        |
| ASEGURADO<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA |                                                                    |                                                                   | NIT                                             | 890.680.025-1                                   |
| DIRECCIÓN<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              |                                                                    |                                                                   | CIUDAD                                          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                        |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                       |                                                                    |                                                                   | TELEFONO                                        | 8672900                                         |
|                                                                          |                                                                    |                                                                   | NIT                                             | 0-0                                             |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)<br>06 / 05 / 2016                         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2015 |                                                                   | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>17 / 05 / 2016 |                                                 |
|                                                                          |                                                                    | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2016 |                                                 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>17 / 05 / 2016 |
| INTERMEDIARIO<br>GENTIL CAICEDO CARDOZO                                  | CLAVE<br>963351                                                    | % PARTICIPACIÓN<br>100.00                                         | COMPañIA                                        | COASEGURO CEDIDO<br>% PARTICIPACIÓN             |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA, \$ INVAR | SUBLIMITE |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 700,000,000.00        |           |
|                       |                     | \$ 700,000,000.00        |           |

DEDUCIBLES: \* 5.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA ENTIDAD A SUS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****700,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****575,342.00 |
| PLAN DE PAGO          | CONTADO                | IVA:           | \$ *****92,054.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****667,397.00 |

TERMINO 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 SERA A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 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: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTÁ, D.C

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)



(415) 7709998021167 (8020) 11003105719418 (3900) 000000667397 (96) 20160616

REFERENCIA

PAGO:

1100310571941-8

Seguros del Estado S.A.

NIT. 8600095786

SUC. CORREDORES

CALLE 17 NO. 10-16 PISO 3

TEL. 341 46 46

17-03-101000972

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

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

MAGNOLIAALZATE

TOMADOR





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO                                          | POLIZA No.      | ANEXO No.                |
|--------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| CORREDORES   | ANEXO DE PRORROGA                                           | 17-03-101000972 | 2                        |
| TOMADOR      | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | NIT             | 890.680.025-1            |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | CIUDAD          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO    | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | NIT             | 890.680.025-1            |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | CIUDAD          | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                          | NIT             | 0-0                      |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO PRORROGAMOS HASTA 17/05/2016

#### ASEGURADO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y/O NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A.  
La cobertura se extiende a cubrir el contrato de prestación de servicios asistenciales celebrado entre la Nueva EPS y la IPS La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasuga; Esta póliza estará vigente por el periodo contratado por la IPS Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasuga con Seguros del Estado S.A. por los límites asegurados solicitados:

RCE, Límite asegurado: 20% del valor del contrato equivalente a \$280.000.000 evento/vigencia, vigencia por la IPS con Seguros del Estado  
RC Profesional Médica: 400 SMLV equivalente a \$257.800.000 evento/vigencia, por la vigencia contratada por la IPS con Seguros del Estado  
MÉDICOS GRUPO A 10, DEMÁS MÉDICOS GRUPO A 42, ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS 8, AUXILIARES DE ENFERMERÍA 32, JEFES 5  
PARAMÉDICOS 25 Y CAMAS 25.

#### ASTOS DE DEFENSA 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

OBJETO DEL SEGURO: cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestación de servicios de salud.

Base de cobertura: siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente póliza

#### AMPAROS:

La responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

La cobertura comprende también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (plo) por daños materiales o daños personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica materia de este seguro.

Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por daños personales ocurridos durante la vigencia de la póliza consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes.

VALOR ASEGURADO: \$700.000.000 Evento / Vigencia

SUBLÍMITE GASTOS DE DEFENSA: hasta \$10.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

#### EXCLUSIONES:

Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.

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

Daños causados por la prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.

Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.

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 amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.

Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales.

Reclamaciones de personas que tienen una relación laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.

Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el SIDA, virus del tipo VIH, hepatitis B.

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

Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente.

Perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

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.

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

Reclamaciones por daños genéticos

Reclamaciones por organismos patógenos (moho u hongos, sus esporas, bacterias, algas, microtoxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas, proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas no.)

Reclamaciones por daños morales

Pérdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a pérdidas de utilidades, pérdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesión corporal o un daño a la propiedad amparado por esta póliza.

Reclamaciones por enfermedades profesionales

Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica.

#### GARANTÍAS:





SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### CLINICAS Y HOSPITALES

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO<br>ANEXO DE PRORROGA                     | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| CORREDORES   |                                                             | 17-03-101000972 | 2             |
| TOMADOR      | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | NIT             | 890.680.025-1 |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | TELEFONO        | 8676106       |
|              | CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                             |                 |               |
| ASEGURADO    | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | NIT             | 890.680.025-1 |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              | TELEFONO        | 8672900       |
|              | CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA                             |                 |               |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                          | NIT             | 0-0           |

### TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacin 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.  
5.5 DEDUCIBLES: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 3 SMMLV



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
SERVIDORES PUBLICOS**

|                                                                              |                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                        |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br><b>BOGOTA, D.C.</b>                                  | SUCURSAL<br><b>CORREDORES</b>                                                                                           | TIPO DE MOVIMIENTO<br><b>EMISION ORIGINAL</b> | POLIZA No<br><b>17-01-101000021</b>                                                                                    | ANEXO No<br><b>0</b>                       |
| TOMADOR <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>   |                                                                                                                         |                                               | NIT                                                                                                                    | <b>890.680.025-1</b>                       |
| DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>                              |                                                                                                                         |                                               | CIUDAD                                                                                                                 | <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>            |
| ASEGURADO <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b> |                                                                                                                         |                                               | TELEFONO                                                                                                               | <b>8676106</b>                             |
| DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>                              |                                                                                                                         |                                               | NIT                                                                                                                    | <b>890.680.025-1</b>                       |
|                                                                              |                                                                                                                         |                                               | CIUDAD                                                                                                                 | <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>            |
| BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>                                       |                                                                                                                         |                                               | TELEFONO                                                                                                               | <b>8672900</b>                             |
|                                                                              |                                                                                                                         |                                               | NIT                                                                                                                    | <b>0-0</b>                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br><b>12 / 05 / 2015</b>                      | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 05 / 2015</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 05 / 2016</b> |                                               | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 05 / 2015</b><br>HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>02 / 05 / 2016</b> |                                            |
| INTERMEDIARIO<br><b>GENTIL CAICEDO CARDOZO</b>                               | CLAVE<br><b>963351</b>                                                                                                  | % PARTICIPACION<br><b>100.00</b>              | COMPANIA                                                                                                               | COASEGURO CEDIDO<br><b>% PARTICIPACION</b> |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION

AMFAROS

PERJUICIO PATRIMONIAL

PREDIOS LABORES Y OPERACIONES  
PERDIDAS FISCALES Y GASTOS DE DEFENSA

SUMA ASEGURADA % INVAR

\$ 300,000,000.00  
\$ 300,000,000.00

SUBLIMITE

\$ 30,000,000.00

LÍMITES POR EVENTO: PERDIDAS FISCALES Y GASTOS DE DEFENSA - \$ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS AL HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Y-O TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE ACCIONES U OMISIONES CULPOSAS Y-O ERROR NEGLIGENTE Y-O CULPA GRAVE IMPUTABLE A UNO O VARIOS FUNCIONARIOS QUE OCUPEN LOS CARGOS ASEGURADOS. LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS GASTOS DE DEFENSA EN LOS QUE DEBAN INCURRIR LOS ASEGURADOS PARA SU DEFENSA EN CUALQUIER TIPO DE INVESTIGACION Y-O PROCESO EN EL QUE SE ESTE DEFINIENDO SU RESPONSABILIDAD.

|                      |                        |                |                      |
|----------------------|------------------------|----------------|----------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA | \$ *****300,000,000.00 | PRIMA          | \$ *****8,400,000.00 |
| PLAN DE PAGO         | CONTADO                | IVA            | \$ *****1,344,000.00 |
|                      |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****9,744,000.00 |

TERMINO 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 SE REALIZARA A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACION DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTA, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com)



REFERENCIA  
PAGO:

1100310521259-9

(415) 7709998021167 (R020) 11003105212599 (3900) 00009744000 (96) 20150616

17-01-101000021

FIRMA AUTORIZADA

MAGNOLIAALZATE

CLIENTE

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

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA - NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO - RESPONSABLE IVA: REGIMEN COMUN



Respetado

DR. JUAN FELIPE CASTAÑO RODRÍGUEZ

JUEZ SEGUNDO (2) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.

E.

S,

D.

17-JUL-2019 2:47PM  
JGG-2-ADM-CTO-GIRARDOT

**Referencia:** REPARACIÓN DIRECTA DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
EN CONTRA DE MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ- ESE HOSPITAL  
DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS

**Radicación:** 25307-33-33-002-2018-00362-00

**Asunto:** LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A ESE HOSPITAL DE SAN  
RAFAEL DE FUSAGASUGÁ

El suscrito apoderado **Juan Pablo Morantes Acuña**, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula No. 80.170.972 expedida en Bogotá, tarjeta profesional No. 223.013 del C.S de la J., en calidad de apoderado de la sociedad **Coomeva EPS SA**, con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con Nit. No. 805.000.427-1, conforme el poder otorgado por el Gerente Regional Centro Oriente, el señor Juan Guillermo de la Hoz Tobón, domiciliado en la ciudad de Bogotá e identificado con cédula No. 3.182.836 de Bogotá, conforme certificados de existencia y representación legal que obran en los anexos de este escrito; procedo a **llamar en garantía** a la **ESE Hospital de San Rafael de Fusagasugá**, domiciliada en el municipio de **Fusagasugá**, identificada con Nit. No. 890.680.025-1, representada legalmente por su Gerente Jose Mauricio Alvarez Torres, domiciliada en el municipio de **Fusagasugá**, identificada con cédula No. 79.442.689 de Bogotá; por los hechos y consideraciones que se exponen a continuación:

## I. HECHOS:

1. COOMEVA EPS celebró con la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, contrato de servicios de salud modalidad pago por evento No. EPS-CO-25290-011-2014 con una vigencia inicial de dicho contrato fue del 1 de enero de 2015 al 31 de enero del 2015, la que se prorrogó hasta el 12 de mayo de 2016.

*La anterior prorrogas dio de conformidad con la "cláusula sexta – duración: el presente contrato tiene una duración de un (1) año contado a partir de 01 de enero de 2015. No obstante, si ninguna de las partes manifiesta por escrito a la otra su decisión de darlo por terminado con una antelación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de su vencimiento, éste se prorrogará automáticamente por un término inicialmente pactado".*

2. Ahora bien, conforme la cláusula segunda, numeral 13, es obligación de la contratista, esto es, de la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ. "Pagar sin solidaridad de COOMEVA EPS SA por los perjuicios que se puedan generar a esta o a sus afiliados y/o sus beneficiarios atendidos en cumplimiento del objeto de este contrato, como consecuencia de fallas del servicio imputables a las condiciones de infraestructura o tecnología, o por acciones u omisiones del personal que labore o disponga para la



23

*prestación de los servicios objeto del contrato, así como también por los perjuicios que ocasionen sus socios, grupos de práctica profesional o profesionales independientes con que cuente LA CONTRATISTA para el cumplimiento del objeto del contrato”.*

3. Por su parte, la cláusula décima sexta, al establecer la responsabilidad de la ESE, estipula lo siguiente: *“LA CONTRATISTA asume en forma total y exclusiva la responsabilidad que se derive y los perjuicios que pueda generar en desarrollo del contrato, a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios de COOMEVA EPS SA, a COOMEVA EPS SA o a terceros (bien sea a las personas o a las cosas), por la calidad e idoneidad de los servicios de salud que preste, las condiciones de la tecnología o la infraestructura, la falta de oportunidad en la remisión de los pacientes y los actos u omisiones del personal médico y paramédico a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud, así como los de su personal administrativo y/o proveedores. En caso que la EPS sea sancionada pecuniariamente por las Entidades de Control del Sistema o por cualquier autoridad judicial o administrativa, por hechos atribuibles a LA CONTRATISTA o que se vea obligada a pagar por o en nombre de LA CONTRATISTA sumas que a este correspondan, LA CONTRATISTA asumirá la correspondiente suma, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a aquel en que COOMEVA EPS así se lo comunique, siempre que la responsabilidad de LA CONTRATISTA hubiere quedado demostrada mediante sentencia judicial o acto administrativo, al igual que los daños y perjuicios”.*
4. Conforme las anteriores estipulaciones contractuales, en la remota e improbable hipótesis de una condena en contra de COOMEVA EPS por actuaciones de la ESE llamada en garantía, esta deberá reembolsar a aquella la totalidad de la misma: especialmente cuando COOMEVA no interpuso ningún tipo de traba administrativa ni logística en la atención del paciente ni tuvo ningún nexo de causalidad con la atención en salud brindada al menor David Santiago Vivas Baquero.

## II. FUNDAMENTOS:

La llamada en garantía tenía para el momento de los hechos una relación contractual con COOMEVA EPS. En razón de dicho contrato, la llamada asumió unas obligaciones de garantía y calidad del servicio prestado a los usuarios finales, motivo por el cual, en caso de que se llegase a comprobar que falló a las mismas, deberá responder ante su contratante. Así las cosas, **el vínculo que se discute en el llamamiento en garantía corresponde a una responsabilidad contractual y, como tal, es totalmente independiente a la responsabilidad administrativa que endilgan los demandantes en el proceso de acción de reparación directa.** De esta manera, debe quedar totalmente claro que una cosa es la responsabilidad extracontractual que los demandantes le puedan endilgar a la ESE a través de la acción de reparación directa que se está adelantando y donde la referida entidad también funge como codemandada y, otra muy distinta, **la responsabilidad contractual que a esa misma entidad le llegue a caber en caso de probarse que desconoció alguna de las obligaciones contractuales que asumió con COOMEVA EPS** (ya citadas en el acápite de hechos).

De esta manera, si no se realizase el llamamiento en garantía que se está solicitando, el Despacho en su sentencia únicamente podría pronunciarse sobre las pretensiones de la



44 /

demanda, pero jamás sobre la relación interna que existe entre la ESE y COOMEVA EPS. No tendría sentido pues que, en el remotísimo caso en que COOMEVA EPS resultase condenada por algún tipo de actuación cometida por la ESE, tenga que iniciar con posterioridad un nuevo proceso de responsabilidad contractual para buscar el reembolso de los valores a que se hubiese condenado a COOMEVA; pues **precisamente la función primaria del llamamiento en garantía radica en dar celeridad y economía procesal a este tipo de situaciones**, pudiéndose evacuar en un único proceso la eventual responsabilidad de las demandadas y las relaciones internas entre ellas, si por motivos legales o contractuales ello fuere pertinente.

Cierto es que la ESE llamada en garantía ya se encuentra vinculada al proceso, pero ello en nada enerva la pretensión del llamamiento, pues lo que se busca es que se resuelvan las relaciones internas entre ellas. Con razón a dicho la Corte Suprema de Justicia que el llamamiento: *"Permite convocar en principio a una persona diferente a las partes inicialmente trabadas en la relación procesal (demandante y demandado), con fundamento en una relación sustancial (por ministerio de la ley) o por virtud de una relación contractual, existente entre el llamante y el llamado para que éste, responda de acuerdo a ese vínculo jurídico, de modo que el demandado llamante se libre de los eventuales efectos adversos que pueda acarrearle el litigio. Por tanto, es la relación material la que justifica trasladar los efectos adversos de la sentencia de una parte participante en la disputa al ahora citado, razón por la cual se acerca procesalmente a la denuncia del pleito. Por supuesto, se le llama, por múltiples razones, entre ellas, por economía procesal y ante todo, para darle la oportunidad de ejercer su derecho de defensa, en la pretensión de reembolso o "revérsica" que le formula la parte convocante. Pero también puede surtirse, llamando a la coparte, como en éste caso"*.<sup>1</sup> (Negritas por fuera del original.)

Es pues claro que el llamamiento procede también frente a una persona que ya esté demandado dentro del proceso. Tan es así que inclusive el Código General del Proceso indica que si el llamado en garantía ya está vinculado al proceso (como demandado en el proceso), entonces el auto que acepte el llamamiento en garantía se le notificará por estado (art. 66 parágrafo).

Así las cosas, cuando el artículo 225 del CPACA, habla de exigir de un tercero el reembolso total o parcial de la eventual condena, la palabra "tercero" debe ser interpretada en un sentido amplio, como sinónimo de persona que esté legal o contractualmente llamada a responder por dicho reembolso, sin importar si en el proceso actúa ya como parte, pues lo cierto es que esa parte, es un tercero si se le mira desde la óptica del llamamiento en garantía. Es decir, si se considera a la ESE, **en su calidad de contratista de un contrato de prestación de servicios de salud** (que es lo que se discute en el llamamiento) suscrito con COOMEVA, en dicha calidad se repite, la ESE es un tercero frente a lo que se discute en la acción de reparación directa.

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Magistrado ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. SC5885-2016. Radicación No. 54001-31-03-004-2004-00032-01. Sentencia del seis (6) de mayo de dos mil dieciséis (2016).



5/

Sostener una interpretación contraria a lo anterior sería tanto como incurrir en un exceso ritual manifiesto y en una negativa a la tutela judicial efectiva.

Sobre el exceso ritual manifiesto dijo la Corte Constitucional en reciente jurisprudencia T-234/17:

*“El defecto procedimental por exceso ritual manifiesto se presenta cuando el funcionario judicial, por un apego extremo y una aplicación mecánica de las formas, renuncia conscientemente a la verdad jurídica objetiva patente en los hechos, derivándose de su actuar una inaplicación de la justicia material y del principio de la prevalencia del derecho sustancial”.*

De este modo, no conviene dar una interpretación sumamente rigurosa a las normas procesales, debiendo primar el derecho sustancial y, sobre todo, la garantía de acceso a la administración de justicia. Así, siendo que con el llamado en garantía existe una relación contractual con base en la cual la citada está en la obligación de reembolsar una eventual condena, debe primar aquella interpretación que garantice fines y principios constitucionales, y la evacuación efectiva de la acción de reembolso a que tiene derecho COOMEVA en caso de resultar condenada,

Según se dijo, el fin principal del llamamiento en garantía es dar celeridad a la evacuación de los asuntos sometidos a la Administración de Justicia y materializar el principio de economía procesal. Por el contrario, si se espera que se defina la acción de reparación directa para poder entonces ventilar la responsabilidad contractual que eventualmente tendría lugar de la llamada en garantía con COOMEVA, se violarían los principios citados y, adicionalmente, se incurriría en una negación palmaria de la tutela judicial efectiva. En efecto, sabido es que una acción de reparación directa en Colombia puede tardar varios años e incluso hasta dos décadas, ¿cómo someter entonces a COOMEVA EPS a que tenga que esperar dicho tiempo, cuando la pretensión que quiere hacer valer se puede tramitar conjuntamente con la acción de reparación directa a través del llamamiento en garantía? Junto a esto, ¿para qué someter nuevamente a la Administración de Justicia a un nuevo proceso independiente, donde habrán de practicarse pruebas, realizar alegatos, etc., etc., cuando se puede evacuar ahora mismo con beneficios para todos los integrantes de la litis y para la propia Administración de Justicia?

Por todos estos potísimos motivos, explicados de modo claro y contundente, solicito se acepte este llamamiento en garantía.

### III. PRETENSIONES:

**Primero:** Que, en caso de fulminarse algún tipo de condena en contra de COOMEVA EPS en razón a la acción de responsabilidad de la referencia, se declare que la llamada en garantía debe reintegrar la totalidad de la condena o, subsidiariamente, en el porcentaje que se determine conforme su participación causal.



dp/

**Segundo:** En consecuencia, se condene a la llamada en garantía a reintegrar la totalidad de la condena o, subsidiariamente, en el porcentaje que se determine conforme su participación causal.

#### IV. PRUEBAS:

Solicito que se tengan como pruebas todas aquellas que se solicitaron y se decretarán y practicarán en la demanda principal y sus respectivas contestaciones, y adicionalmente las siguiente:

- Interrogatorio de parte.

Igualmente se solicita el interrogatorio de parte de la llamada en garantía.

- Documentales.

Contrato suscrito entre COOMEVA EPS y la ESE No. EPS-CO-25290-011-2014

#### V. NOTIFICACIONES:

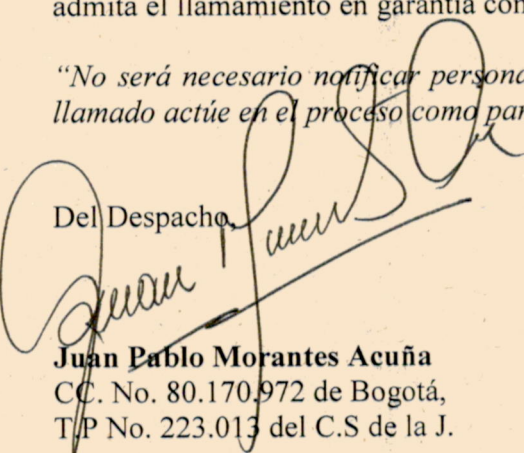
**Coomeva EPS** recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 19 A No. 78-80, piso IV, en la ciudad de Bogotá. O electrónicamente al siguiente correo: [correoinstitucionaleps@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionaleps@coomeva.com.co)

El suscrito **apoderado** recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 19 A No. 78-80, piso IV, en la ciudad de Bogotá. O electrónicamente al siguiente correo: [juan\\_morantes@coomeva.com.co](mailto:juan_morantes@coomeva.com.co)

ESE Hospital de San Rafael de Fusagasugá, como quiera que la mencionada entidad ya está vinculada al presente proceso, **deberá ser notificada por medio de estado** del auto que admita el llamamiento en garantía conforme el parágrafo del artículo 66 del CGP:

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

Del Despacho

  
**Juan Pablo Morantes Acuña**  
CC. No. 80.170.972 de Bogotá,  
T/P No. 223.013 del C.S de la J.



**CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD POR PAGO POR EVENTO -PERSONA JURIDICA- REGIMEN CONTRIBUTIVO**

**CONTRATANTE:** COOMEVA EPS S.A.  
**NIT:** 805.000.427-1  
**CONTRATISTA:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
**NIT:** 890.680.025-1  
**FECHA DE INICIO:** 01 DE ENERO DE 2015  
**FECHA DE TERMINACION:** 31 De DICIEMBRE DE 2015

Por una parte: La Sociedad Anónima **COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**, que en adelante se denominará **COOMEVA EPS S.A.**; con domicilio principal en la Ciudad de Santiago de Cali, representada en éste acto por el Doctor **JOSÉ AGUSTIN PULIDO OSUNA**, en su condición de Gerente de la Regional Centro Oriente, quien es mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía n.º 19.134.418 expedida en Bogotá (Cundinamarca), quien actúa debidamente facultado y no se encuentra incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad; por otra parte la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** que en adelante se denominará **LA CONTRATISTA**, con domicilio principal en el municipio de Fusagasuga (Cundinamarca) representada legalmente en éste acto por **JOSÉ MAURICIO ALVAREZ TORRES**, en su condición de Gerente, quien es mayor de edad, vecino del municipio de Fusagasuga (Cundinamarca), identificado con la cédula de ciudadanía N° 79.442.689 expedida en Bogotá, se celebra el presente **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE PAGO POR EVENTO**, para la atención de los afiliados a **COOMEVA EPS S.A.** cotizantes y sus beneficiarios, el cual se regirá por el acuerdo de voluntades contenido en las siguientes cláusulas y en lo no previsto en ellas, por la normatividad legal que regule la materia en especial la Ley 1122 de 2007, el Decreto 4747 de 2007, la Ley 1438 de 2011, Decreto 1683 de 2013 y aquellos que los adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan. En caso que exista una normatividad que modifique los términos y/o condiciones descritos en el presente contrato, las partes se ajustaran a ella, **LA CONTRATISTA** actuará entonces dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud como **IPS PERSONA JURIDICA**, cumpliendo con todos los requisitos exigidos por la normatividad que le sea aplicable.

**CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** El presente contrato tiene por objeto la prestación de los servicios de salud incluidos en la Resolución No. 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social - Plan Obligatorio de Salud PQS- y en las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan a los afiliados cotizantes y beneficiarios de **COOMEVA EPS S.A.** de la Regional Centro Oriente departamento de Cundinamarca, municipio de Fusagasuga y su área de influencia; en consecuencia **LA CONTRATISTA** prestará los servicios objeto del presente contrato conforme a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos contenidos en el Anexo No. 1 "Precios y condiciones comerciales" y que forma parte integral del presente contrato.

**PARAGRAFO PRIMERO.-** Se encuentran excluidos del objeto del presente contrato los servicios de

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



salud derivados de todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención Integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, aquellos considerados como cosméticos o suntuarios, los enunciados en la Resolución No. 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. **PARAGRAFO SEGUNDO.-** Los servicios NO POS podrían prestarse en virtud del presente contrato, solo si media una autorización previa de servicios por parte de **COOMEVA EPS S.A.** en cumplimiento de una acción judicial o decisión del Comité Técnico Científico.

**CLAUSULA SEGUNDA.- SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** LA CONTRATISTA se obliga en cumplimiento del objeto del presente contrato a la atención de todo lo dispuesto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del SGSSS, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la Ley 1438 de 2011, la Resolución 1441 de 2013, las demás que apliquen a la materia y aquellas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. Durante la vigencia del contrato, los servicios de salud objeto contratados, estarán habilitados y por lo tanto inscritos en el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Dirección de Salud Territorial que corresponda. **PARAGRAFO PRIMERO.- LA CONTRATISTA** ofrece prestar los servicios de salud objeto de este contrato en sus propias instalaciones. **PARAGRAFO SEGUNDO.-** La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya. **PARAGRAFO TERCERO.-** En virtud del presente contrato y en atención al cumplimiento de procesos, protocolos y actividades de **AUDITORÍA MÉDICA LA CONTRATISTA** deberá: **1)** Brindar el soporte necesario con el recurso físico, humano y tecnológico que permita implementar los procesos de auditoría médica que desarrolle **COOMEVA EPS S.A.** **2)** Participar en los comités ad hoc y juntas médicas que cite **COOMEVA EPS S.A.** cuando se presenten divergencias, quejas o reclamos en la prestación del servicio en su institución. **3)** Asistir a las reuniones de seguimiento sobre la ejecución del contrato y para la evaluación de los resultados en la gestión de los servicios previamente concertados con **COOMEVA EPS S.A.** **4)** **COOMEVA EPS S.A.** efectuará a **LA CONTRATISTA**, auditorías periódicas y una evaluación sobre el cumplimiento de la aplicación de las guías y de acuerdo a esta efectuará las recomendaciones sobre las cuales se definirán y acordarán los ajustes que deba implementar. **PARAGRAFO CUARTO.- COOMEVA EPS S.A. y LA CONTRATISTA** acordarán dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y sin que medie obligación alguna, el proceso de Auditoría previa a la radicación de las facturas. Cuando las condiciones de **LA CONTRATISTA** no permitan en desarrollo del proceso, la auditoría de cuentas médicas en la sede de **LA CONTRATISTA**, ésta se compromete a realizar una comunicación previa a **COOMEVA EPS S.A.** informándole sobre tal situación, en todo caso, ambas partes se comprometen a llegar a un acuerdo sobre las condiciones del proceso de Auditoría Médica, la cual sin excepción será concurrente.

**CLAUSULA TERCERA.- CONDICIONES PARA LA ATENCION DEL AFILIADO:** De conformidad con el Decreto 4747 de 2007 la información general de la población objeto del presente contrato corresponde a los afiliados descritos en la cláusula primera, usuarios a los cuales **LA CONTRATISTA** prestará los servicios de salud, así: **a)** Para la atención de eventos programados, **LA CONTRATISTA**

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



requiere de la orden de servicios, expedida al afiliado por **COOMEVA EPS S.A.** b) La atención de afiliados por el servicio de Urgencias, será cumplida por **LA CONTRATISTA** de conformidad con las disposiciones legales vigentes. **LA CONTRATISTA** se obliga a informar a **COOMEVA EPS S.A.** dentro de las 24 horas hábiles siguientes del ingreso del paciente a éste servicio. c) Para cualquier procedimiento posterior a la atención inicial de la urgencia, **LA CONTRATISTA** requerirá de la expedición de la orden respectiva por parte de **COOMEVA EPS S.A.** **PARAGRAFO PRIMERO.-** La atención inicial de Urgencias comprende la estabilización de los signos vitales del paciente además de la realización de un diagnóstico de impresión con el fin de determinar el destino inmediato, tomando como base la capacidad de resolución médica propia de **LA CONTRATISTA**. En todo caso, **COOMEVA EPS S.A.** verificará la atención inicial de Urgencias en forma posterior a su prestación. **PARAGRAFO SEGUNDO.- VALIDACIÓN DE DERECHOS:** Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 o aquellas que la adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan, **LA CONTRATISTA** validará los derechos de los usuarios a través del sistema COOEPS las 24 horas del día, los 365 días del año a la línea 018000930779. **PARAGRAFO TERCERO.- LA CONTRATISTA** se obliga a utilizar los aplicativos Ciklos y COEPS de **COOMEVA EPS S.A.** conforme a la Resolución 3047 de 2008 y aquellas que la adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan. Por ningún motivo **LA CONTRATISTA** podrá autorizar por su cuenta la prestación de servicios. **PARAGRAFO CUARTO.- COOMEVA EPS S.A.** no expedirá autorizaciones extemporáneas, ni se pagarán o retribuirán los eventos no autorizados por **COOMEVA EPS S.A.**

**CLÁUSULA CUARTA.- OBLIGACIONES DE LA CONTRATISTA:** **LA CONTRATISTA** se obliga para con **COOMEVA EPS S.A.** a:

1. Prestar los servicios a los afiliados de **COOMEVA EPS S.A.** con calidad y calidez, enfatizando en la oportunidad y la pertinencia.
  2. Prestar los servicios objeto de este contrato bajo los estándares de calidad definidos en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) definido por el Decreto 1011 de 2006 o por la norma que lo adicione, modifique, aclare o sustituya.
  3. Mantener vigente su habilitación como prestador de servicios de salud durante el término de duración de este contrato, conforme a lo establecido en la Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social o aquella norma que la modifique, adicione, aclare o sustituya, obligándose a informar todo cambio que afecte las condiciones de habilitación bajo los parámetros establecidos en la normatividad que aplique a la materia.
  4. Entregar a **COOMEVA EPS S.A.** los reportes e indicadores de calidad contenidos en la Circular 047 de 2007 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud o aquella norma que la adicione, modifique, aclare o sustituya.
  5. Disponer de profesionales adecuadamente capacitados y entrenados para la atención de los afiliados de **COOMEVA EPS S.A.** y realizar capacitaciones mensuales de orden científico y legal, las cuales se evidenciarán en una programación anual. Igualmente, garantizar la aplicación y adherencia a los protocolos y guías de atención comunicados por **COOMEVA EPS S.A.**
- COOMEVA EPS S.A.** podrá solicitar a **LA CONTRATISTA** el cambio de los profesionales asignados a la prestación del servicio, en aquellos casos en que los servicios de salud se

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



presten en condiciones no acordes con los protocolos y guías de manejo establecidos por **COOMEVA EPS S.A.**

6. Garantizar la implementación y buen funcionamiento de los comités que ordena la Ley, los cuales serán dirigidos por el Profesional de la Salud encargado de la calidad de la atención por parte de **LA CONTRATISTA**. En dichos Comités se formalizará el resultado obtenido en la evaluación y se suscribirán los planes de mejoramiento consecuentes.
7. Asistir a través de su Representante Legal o Gerente a la reunión mensual de calidad de la atención, programada por **COOMEVA EPS S.A.** a la cual invitará a las principales Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para analizar las condiciones de atención en la oficina y regional respectiva.
8. Suministrar a **COOMEVA EPS S.A.** la información que genere la IPS siguiendo los formatos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del Decreto 4747 de 2007 y remitirá a Auditoría de Alto Costo de **COOMEVA EPS S.A.** la información contenida en el Anexo No. 7 "Requerimientos de norma, necesidades de información y criterios de remisión".
9. Responder con oportunidad a las solicitudes que haga **COOMEVA EPS S.A.** en relación con: quejas de los usuarios, tutelas, derechos de petición u otras y respuestas para el sistema ATENTOS, los cuales deben resolverse dentro de los términos de Ley o los indicados en las mismas.
10. Presentar la información que requiera **COOMEVA EPS S.A.** para adelantar una correcta auditoría y control de servicios. En el evento en que se compruebe que la información suministrada no es veraz, será causal de terminación unilateral del contrato por parte de **COOMEVA EPS S.A.**
11. Entregar los informes que requiera **COOMEVA EPS S.A.** dentro de la oportunidad que ésta defina, para dar cumplimiento a la Circular externa 047 de 2007 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan.
12. Presentar a la Regional correspondiente o al área del nivel Nacional competente los informes que a continuación se describen, vía correo electrónico y/o en medio magnético y dentro de los términos aquí establecidos: **a)** Indicadores de gestión previstos en las Circulares vigentes de la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los diez (10) primeros días de cada mes. **b)** Nacidos vivos y defunciones de usuarios que se produzcan en sus instalaciones o bajo su atención, semanalmente y mediante los formatos establecidos en la Circular Externa conjunta 081 de noviembre 13 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **c)** Información estadística de los usuarios de **COOMEVA EPS S.A.** sobre morbilidad, mortalidad, infección intrahospitalaria, reingresos y días de estancia hospitalaria por usuario hospitalizado dentro de los diez (10) días del mes siguiente de la prestación de los servicios en el formato establecido para tal fin. **d)** Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS-, anexa en medio magnético a la facturación mensual. **e)** Informe sobre las quejas de los usuarios y copia de la respuesta dada por **LA CONTRATISTA**, dentro de los diez (10) días del mes siguiente de la presentación de la queja. **f)** Informe de los eventos adversos trazadores, definidos en la Resolución 1446 del 2006, del Ministerio de la Protección Social y demás normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. **g)** Informe de los eventos de interés en salud pública y aplicación de los protocolos establecidos en el Decreto 3518 del 2006 del Ministerio de la Protección Social. **h)**

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



Informe sobre la ejecución de actividades de protección específica y detección temprana relacionada con los servicios hospitalarios de acuerdo a la matriz de programación de la Resolución 412 del 25 de febrero del 2000 del entonces Ministerio de Salud, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes. i) Informe sobre la ocurrencia, seguimiento y análisis de los casos centinela que se presenten, de acuerdo a lo previsto en la Resolución 3384 del 2000 del entonces Ministerio de Salud, que se deriven de la atención de los servicios objeto del presente contrato. j) Cualquier otro informe técnico a que haga referencia el presente contrato o que le sea requerido por **COOMEVA EPS S.A.** incluidos los solicitados por el Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud y cuenta de alto costo y que permitan evaluar el comportamiento del costo medio evento -CME- mensual, como los CUPS y los RIPS, dentro de los primeros diez (10) días de cada mes.

13. Pagar sin solidaridad de **COOMEVA EPS S.A.** por los perjuicios que se puedan generar a ésta o a sus afiliados y/o sus beneficiarios atendidos en cumplimiento del objeto de éste contrato, como consecuencia de fallas del servicio imputables a las condiciones de infraestructura o tecnología, o por acciones u omisiones del personal que labore o disponga para la prestación de los servicios objeto del contrato, así como también por los perjuicios que ocasionen sus socios, grupos de práctica profesional o profesionales independientes con que cuente **LA CONTRATISTA** para el cumplimiento del objeto del contrato.
14. Abstenerse de realizar prácticas no reconocidas por las Sociedades Científicas Médicas, ni aquellas prohibidas por la ley o prácticas discriminatorias en la prestación de sus servicios.
15. Abstenerse de divulgar información epidemiológica a terceros relacionada con los pacientes afiliados a **COOMEVA EPS S.A.**, salvo que se trate de requerimientos efectuados por los Organismos de Vigilancia y Control del Estado.
16. Anticipar a **COOMEVA EPS S.A.**, toda aquella información que se relacione con la posible suspensión del servicio por motivo de caso fortuito o fuerza mayor, dentro de las 12 horas siguientes a aquella en que sea conocida la causa probable. **LA CONTRATISTA** se obliga a reportar a **COOMEVA EPS S.A.**, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia de los hechos, el ingreso de alguno(s) de sus afiliados, si es víctima de accidente o evento urgente, así mismo a informar a **COOMEVA EPS S.A.**, el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias por eventos catastróficos, dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes.
17. Acatar el Código de Ética Médica, estableciendo un régimen efectivo de sanciones frente a sus infractores dependientes.
18. Abstenerse de ceder el presente contrato o los derechos económicos que de éste se generen. En el evento en que desee cederlos, deberá solicitar autorización expresa y por escrito a **COOMEVA EPS S.A.**
19. Autorizar la inclusión de su nombre y portafolio de servicios prestados como IPS al cuadro de prestadores de la red servicios de salud de **COOMEVA EPS S.A.**, con la dirección, servicios prestados u otras características especiales. Esta información debe mantenerse actualizada por **LA CONTRATISTA**, **LA CONTRATISTA** utilizará la clasificación y nombres de los procedimientos de acuerdo con lo estipulado por la ley.
20. Cumplir la programación informada a los usuarios y/o cancelarla con la debida anticipación, cuando ello no acarree perjuicios al usuario y siempre que medie justa causa de acuerdo con los parámetros definidos en la ley. Cualquier cambio en el horario de los servicios contratados deberá contar con la autorización escrita de **COOMEVA EPS S.A.**

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



21. Entregar a la terminación del presente contrato, por cualquier causa, a **COOMEVA EPS S.A.**, la información que eventualmente sea necesaria, relacionada con los usuarios atendidos, la requerida por los Entes de Control o las Secretarías de Salud.
22. Permitir a **COOMEVA EPS S.A.** el acceso a la información relacionada con el estado de salud de los afiliados y la prestación de los servicios, facilitando el acceso a la historia clínica y demás documentos que requiera **COOMEVA EPS S.A.** de conformidad con la Ley 23 del 18 de febrero de 1981, el Decreto reglamentario 3380 de 1981, el Decreto 1725 de 1999, la Resolución 1995 de 1999 del entonces Ministerio de Salud, la Resolución 1715 de 2005 y demás normas que los modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan.
23. Prestar atención a las demás enfermedades de interés en salud pública, notificando estos eventos en las Fichas Únicas de Notificación Individual del Instituto Nacional de Salud, a los Entes de Vigilancia y Control y a **COOMEVA EPS S.A.**. El manejo de estos eventos los realizará de acuerdo a los protocolos definidos por los Entes mencionados y que **LA CONTRATISTA** declara conocer, garantizando así el cumplimiento de la normatividad vigente, como: Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS, Resolución 412 de 2000, Resolución 4505 de 2012, Resolución 459 de 2012 y Resolución 1616 de 2013, la IPS debe reportar las cohortes de la población intervenida con las actividades de protección específica, detección temprana y atención a las enfermedades de interés en salud pública en la estructura que define el Decreto 3518 de 2006 y la Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y aquellas que las adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan, el reporte deberá contar con la firma digital del Representante Legal de la IPS.
24. Cancelar con sus propios medios económicos y dentro de las oportunidades establecidas, a los empleados, socios, grupos de práctica profesional o profesionales independientes con que cuente para el cumplimiento del objeto del contrato, los salarios y prestaciones, honorarios o comisiones que pacte con ellos, según la modalidad de pago que adopten. **COOMEVA EPS S.A.** no se solidariza con **LA CONTRATISTA** por los conceptos derivados de las obligaciones laborales y/o contractuales de carácter civil o comercial a cargo de ésta. **LA CONTRATISTA** se obliga a afiliarse y mantener vigente la afiliación de todos sus empleados al Régimen General de Seguridad Social Integral. **COOMEVA EPS S.A.** podrá solicitar a **LA CONTRATISTA** la certificación de los pagos de aportes al Sistema de Seguridad Social y de parafiscales, por sus empleados, si los tuviere, emitido por el revisor fiscal o contador de **LA CONTRATISTA**, del mes inmediatamente anterior.
25. Proporcionar las condiciones que sean necesarias para garantizar su conectividad en forma permanente al Software CIKLOS de que es propietaria **COOMEVA EPS S.A.**.
26. Cumplir con las obligaciones a su cargo establecidas en el Numeral 4, Capítulo II, Título IV de la Circular Única 047 de 2007 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan y en general con todas las obligaciones que por disposición legal le correspondan en su calidad de IPS. Será causal de terminación unilateral del contrato por parte de **COOMEVA EPS S.A.** sin que hubiere lugar al reconocimiento de indemnizaciones en favor de **LA CONTRATISTA**, el incumplimiento de las obligaciones a que hace referencia este numeral, sin requerimientos o constituciones en mora, los cuales se declaran renunciados. Si por alguna razón y como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones de **LA CONTRATISTA**, **COOMEVA EPS S.A.** es sancionada, la IPS deberá asumir y/o reintegrar inmediatamente a la EPS el valor de la sanción, más los perjuicios causados.

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana García Cortés | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B. Técnico/ Supervisor                        | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



27. **LA CONTRATISTA** se obliga a disponer de atención telefónica en una línea local las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días de la semana, conforme a lo ordenado por la Circular No. 031 de 2006 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.
28. **LA CONTRATISTA** brindará el apoyo requerido para los procesos de auditoría médica concurrente que desarrolle **COOMEVA EPS S.A.**, para lo cual deberá cumplir con los requisitos, condiciones y plazos que defina el área de Auditoría Médica de **COOMEVA EPS S.A.**.
29. Permitir en sus instalaciones la colocación de carteles y material informativo de **COOMEVA EPS S.A.** en los lugares autorizados y que pudieran ser concertados previamente de acuerdo con las políticas de la entidad o condiciones normativas vigentes.
30. Abstenerse de divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera **COOMEVA EPS S.A.**, para efectos de éste contrato o la que requieran las autoridades competentes o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación de **LA CONTRATISTA** obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud.
31. Apoyar y acompañar a **COOMEVA EPS S.A.**, en la defensa judicial que deba adelantar ante los entes judiciales y extrajudiciales como consecuencia de las reclamaciones adelantadas por los usuarios de **COOMEVA EPS S.A.**, derivada de la prestación directa de los servicios por parte de **LA IPS**, suministrando la información requerida por **COOMEVA EPS S.A.** dentro de los términos que esta señale, como copia de la Historia Clínica, estudios de calidad de **LA CONTRATISTA** en la ocurrencia de eventos adversos, entre otros.
32. Establecer un proceso de asignación de citas médicas no presencial, garantizando que se cumplan los tiempos establecidos en la normatividad vigente y dar estricto cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.
33. Implementar un programa de salud ocupacional que involucre a sus empleados y contratistas, en cumplimiento del Decreto 1295 del 22 de junio de 1994 y la Resolución 1016 del 31.
34. Mantener vigentes las pólizas de garantía pactadas en el presente contrato y pagar el valor de la prima de cada una de ellas.
35. Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la Ley o tengan relación con la naturaleza del contrato.

**PARAGRAFO PRIMERO.- MULTAS POR INCUMPLIMIENTO:** En caso de incumplimiento parcial o total reiterativo de alguna o algunas de las obligaciones del presente contrato o de los planes de mejoramiento definidos, **LA CONTRATISTA** pagará a **COOMEVA EPS S.A.** multas diarias y sucesivas hasta del cero punto uno por ciento (0.1%) del valor estimado del contrato, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) del valor estimado del contrato; para lo cual se adelantará el siguiente procedimiento: (i) **COOMEVA EPS S.A.** a través del Supervisor requerirá por escrito a **LA CONTRATISTA** precisándole el no cumplimiento oportuno de una o varias de las obligaciones pactadas, exigiéndole en plazos ciertos y perentorios que cumpla con ellas, e informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (ii) Si **LA CONTRATISTA** persiste en el incumplimiento o no cumple dentro del plazo pactado, **COOMEVA EPS S.A.** a través del Supervisor requerirá por segunda vez a **LA CONTRATISTA** por escrito, con plazos perentorios y ciertos, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (iii) Si persiste el incumplimiento, el Supervisor emitirá un concepto técnico donde precisará la(s) obligaciones incumplidas, el periodo de ejecución al que corresponde tal incumplimiento y los perjuicios que el

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



incumplimiento genera o puede generar, así como las demás pruebas documentales pertinentes al caso. (iv) A través de comunicación enviada por correo certificado, **COOMEVA EPS S.A.** informará a **LA CONTRATISTA** la imposición de la multa, indicándole de manera clara y precisa los motivos de la misma, el valor y el plazo para cancelarlo. (v) Si vencido el plazo para el pago, **LA CONTRATISTA** no cancela la multa impuesta **COOMEVA EPS S.A.** podrá descontarlo de las sumas que por cualquier concepto le adeude.

**CLAUSULA QUINTA.- OBLIGACIONES DE COOMEVA EPS S.A.: COOMEVA EPS S.A. se obliga a:**

1. Cancelar a **LA CONTRATISTA** las facturas de conformidad con lo dispuesto en el presente contrato. Realizar en asocio con **LA CONTRATISTA**, capacitaciones de orden científico y legal dirigidas al personal médico y equipo de salud de ésta. Igualmente evaluará el resultado de las capacitaciones efectuadas.
2. Prestar a **LA CONTRATISTA** la colaboración que requiera para la prestación de los servicios.
3. Dar a conocer a **LA CONTRATISTA** los mecanismos de supervisión, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador.
4. Realizar directamente o a través de terceros, el proceso de auditoría médica y de auditoría de cuentas. En caso de que estas auditorías se hagan a través de un tercero, deberá notificar a LA IPS el nombre de la firma y responsable de la misma.
5. Garantizar una línea de atención veinticuatro (24) horas al día para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes.
6. Recibir las facturas presentadas por LA IPS siempre y cuando reúnan los requisitos de Ley y hayan sido presentadas con los informes obligatorios establecidos en el presente contrato.

**CLÁUSULA SEXTA.- ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL: LA CONTRATISTA** se compromete a prestar la atención médica y los servicios establecidos en el Decreto 1295 de 1994, la Ley 776 de 2002, Resolución 156 de 2005, Ley 1562 de 2012 y demás normas que las adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan. La facturación y reembolso de eventos ATEP, debe ceñirse a lo establecido en el Decreto 1771 de 1994 (Riesgos profesionales) y demás normas que lo adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** En caso que la atención se derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, **LA CONTRATISTA**, deberá asegurar soportes documentales que permitan la calificación de origen, así como la copia del formato de reporte diligenciado por el empleador. Cuando el trabajador no disponga de este documento, será necesaria la consignación de la versión del usuario en la historia clínica, donde se evidencie la relación laboral del evento de salud, calificando como contingencia origen, el accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral. Posteriormente, enviara vía fax o correo electrónico, todos los viernes de cada semana, al Área de Medicina Laboral de **COOMEVA EPS S.A.**, copia de los soportes de accidentes de trabajo o enfermedad de origen laboral atendidos durante este lapso, independiente que el recobro se realice a la ARL o a la EPS o de que el evento sea simultáneamente accidente de tránsito y de trabajo. Para la calificación de origen se tendrá en cuenta lo establecido en el Art. 142 del Decreto 019 de 2012 o la norma que lo adicione, modifique, aclare o sustituya. Dichos reportes deben ser legibles. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- LA CONTRATISTA** direccionara inicialmente la atención a la ARL, solicitando su autorización, así no tenga convenio con ella. Cuando cuente con contratación directa con la ARL, efectuará a ésta, el

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



cobro directo del costo de la atención de salud por Accidente de Trabajo o Enfermedad de origen Laboral, sea autorizado o se trate de una urgencia. Cuando **LA CONTRATISTA** no cuente con contrato directo con la ARL o no le sea autorizada la atención por ésta, atenderá al usuario afiliado a **COOMEVA EPS S.A.** dentro de los parámetros de cobertura y modelo de autorización del Plan Obligatorio de Salud y no prestara servicios no cubiertos por el POS sin autorización de **COOMEVA EPS S.A.** Los cobros por atención de salud por accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral se realizarán a **COOMEVA EPS S.A.** por **LA CONTRATISTA** en paquete de factura independiente, a la tarifa convenida para POS, sin embargo, las facturas quedarán sujetas a la auditoria y Visto bueno del área de auditoría de cuentas y origen, de **COOMEVA EPS S.A.** y serán pagadas por **COOMEVA EPS S.A.** inicialmente, dentro de los términos establecidos en el presente contrato. Las glosas y devoluciones que realice la ARL y con las cuales **COOMEVA EPS S.A.** esté de acuerdo, serán descontadas de las facturas enviadas por la IPS, que se encuentran en consignación. **COOMEVA EPS S.A.** solicitará a la ARL, el reembolso de lo pagado a **LA CONTRATISTA** y deberá ceñirse a lo establecido en el Decreto 1771 de 1994 o norma que lo sustituya o modifique en Riesgos Profesionales. **PARAGRAFO TERCERO.-** Para el cobro de atenciones por evento derivados de ATEP, **LA CONTRATISTA**, deberá presentar: a) Factura individual por usuario y por ARL, b) RIPS por factura, c) Detalle de cargos de la atención d) Reseña médica de la atención, e) Resultado de ayudas diagnósticas o exámenes de laboratorio, f) Soporte de calificación de origen, debidamente diligenciado por el empleador o contratante o historia clínica y, g) Firma del usuario como constancia de recibo de la atención, según el Decreto 4747 de 2007 y 3047 de 2008, norma que los adicione, modifique, aclare o sustituya. **PARÁGRAFO CUARTO.-** Hasta tanto se defina el origen del accidente o enfermedad del afiliado, **LA CONTRATISTA** lo tratará como accidente o enfermedad común, sujeta a copagos y cuotas moderadoras; establecido que se trata de un accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral, **LA CONTRATISTA** se abstendrá de solicitar al afiliado copagos o cuotas moderadoras, cuando cuente con el Formato de Presunto Accidente de Trabajo suscrito por el aportante, conforme al Decreto 1401 de 2007, o norma que lo adicione, modifique, aclare o sustituya.

**CLAUSULA SEPTIMA.- DURACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato tiene una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su suscripción. No obstante, si ninguna de las partes manifiesta por escrito a la otra su decisión de darlo por terminado con una antelación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de su vencimiento, éste se prorrogará automáticamente por el término inicialmente pactado. **PARÁGRAFO PRIMERO.- TERMINACION UNILATERAL POR CUALQUIERA DE LAS PARTES:** No obstante lo anterior, cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato en forma unilateral, durante la vigencia inicial del presente contrato o de sus prorrogas. La parte que se acoja a ésta forma de terminación de contrato, la anunciará a la otra mediante comunicación escrita con una antelación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de terminación deseada. Esta forma de terminación no genera el pago de indemnización de perjuicios a favor de alguna de las partes contratantes.

**CLAUSULA OCTAVA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** El presente contrato terminará: a) Por vencimiento del plazo pactado. b) Por el mutuo acuerdo de las partes, contenido en escrito firmado por ambas. c) Por Sentencia judicial o acto jurídico de igual efecto que así lo

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



determine. d) Por disolución de la persona jurídica de **LA CONTRATISTA** o de **COOMEVA EPS S.A.** e) Por incapacidad financiera de **LA CONTRATISTA** o de **COOMEVA EPS S.A.** que le impida el cumplimiento del objeto de este contrato. f) Por la imposibilidad legal para cualquiera de las partes de seguir desarrollando su objeto social. g) Por ser sancionada por autoridad competente cualquiera de las partes, de tal manera que la sanción impida continuar el contrato. h) Es causal de terminación unilateral por parte de **COOMEVA EPS S.A.** la no identificación y facturación oportuna por parte de **LA CONTRATISTA**, de los servicios NO POS que se llegaren a prestar, de manera que se garantice el recobro. En los casos de los literales c, d, e, f, g la parte respecto de la cual aplique alguna de éstas formas de terminación de contrato, la anunciará a la otra mediante comunicación escrita con una antelación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de terminación del contrato. Estas formas de terminación (a, b, c, d, e, f, g, h) no generan el pago de indemnización de perjuicios a favor de alguna de las partes contratantes. **PARÁGRAFO PRIMERO.- CAUSALES DE TERMINACION UNILATERAL POR PARTE DE COOMEVA EPS S.A.:** Queda expresamente autorizada **COOMEVA EPS S.A.**, para dar por terminado el presente contrato por decisión unilateral, en los siguientes casos: a) Al verse involucrada **LA CONTRATISTA** o sus Socios, Órganos Directivos, Directores, Gerentes o Representantes Legales y/o, Administradores y empleados en investigaciones administrativas o penales o en aquellas adelantadas por un Ente de Vigilancia y Control, relacionadas con actividades ilícitas, lavado de dinero, financiación de terrorismo o cualquier otro delito conexo o complementario o por ser incluida **LA CONTRATISTA** en listas de control y en general por resultar implicada **LA CONTRATISTA** en actos que afecten el Código de buen Gobierno, la transparencia, la buena fe, lealtad contractual, confianza legítima entre las partes y/o buen nombre de **COOMEVA EPS S.A.** b) Porque **LA CONTRATISTA** ceda total o parcialmente a un tercero las obligaciones emanadas de este contrato o subcontrate la ejecución de los servicios objeto del mismo. c) Por estar incurso **LA CONTRATISTA** o cualquiera de los Miembros de Organismos Directivos, Directores, Gerentes o Representantes Legales, según sea el caso, en inhabilidades o incompatibilidades a que se refiere el artículo 3° del Decreto 973 de 1994 y/o en conflictos de interés legales o estatutarios respecto de **COOMEVA EPS S.A.** d) Por el incumplimiento de **LA CONTRATISTA** de cualquiera de las condiciones de habilitación establecidas por la Ley para los Prestadores de Servicios de Salud o de las condiciones de calidad de prestación de servicios conforme al contenido de la normatividad vigente que regule la materia. e) El incumplimiento por parte de **LA CONTRATISTA** de las obligaciones a que hace referencia el Numeral 4, Capítulo II, Título IV de la Circular Única 047 de 2007 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la adicionen, modifiquen, aclaren o sustituyan. f) Por no constituir **LA CONTRATISTA** las garantías a que hace referencia este contrato. g) Las demás causales consagradas en este contrato. En los casos a que hace referencia este parágrafo, **COOMEVA EPS S.A.**, notificará su decisión de dar por terminado el contrato, bastando para el efecto el envío de una comunicación escrita en la que se informe sobre la fecha a partir de la cual se hará efectiva la terminación. Esta forma de terminación de contrato no genera obligación indemnizatoria a cargo de **COOMEVA EPS S.A.** y a favor de **LA CONTRATISTA** y así lo acepta ésta expresamente. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** En aquellos eventos en que el incumplimiento de **LA CONTRATISTA** afecte de manera grave la ejecución del presente contrato y/o cuando pese a las multas impuestas no se haya logrado la ejecución oportuna, **COOMEVA EPS S.A.** podrá dar por terminado el contrato de forma unilateral, sin que por este hecho se genere indemnización alguna en favor de **LA CONTRATISTA**, cancelando a ésta los servicios prestados hasta la fecha de la terminación unilateral. Para lo anterior, se adelantará el siguiente procedimiento: (i) **COOMEVA**

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



EPS S.A. a través del Supervisor requerirá por escrito a **LA CONTRATISTA** precisándole el no cumplimiento oportuno de una o varias de las obligaciones pactadas, exigiéndole en plazos ciertos y perentorios que cumpla con ellas, e informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (ii) Si **LA CONTRATISTA** persiste en el incumplimiento o no cumple dentro del plazo pactado, **COOMEVA EPS S.A.** a través del Supervisor requerirá por segunda vez a **LA CONTRATISTA** por escrito, con plazos perentorios y ciertos, informándole las consecuencias de no atender este requerimiento. (iii) Si persiste el incumplimiento, el Supervisor emitirá un concepto técnico donde precisará la(s) obligaciones incumplidas, el periodo de ejecución al que corresponde tal incumplimiento y los perjuicios que el incumplimiento genera o puede generar, así como las demás pruebas documentales pertinentes al caso. (iv) A través de comunicación enviada por correo certificado, **COOMEVA EPS S.A.** informará a **LA CONTRATISTA** la terminación unilateral del contrato, indicándole de manera clara y precisa los motivos de la misma y la fecha a partir de la cual se hará efectiva.

**CLAUSULA NOVENA.- VALOR DEL CONTRATO:** El valor de este contrato es indeterminado pero determinable en el momento de finalizar el mismo, calculo que se lograra sumando los valores mensuales efectivamente pagados por los servicios prestados durante la vigencia del contrato. No obstante el valor del presente contrato se fija en la suma de **MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.500.000.000) M/CTE. PARAGRAFO PRIMERO.-** Las tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, son las que constan en los Anexos No. 2 y 5 que hacen parte del presente contrato. **PARAGRAFO SEGUNDO.- COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS:** De conformidad con el artículo 160 de la Ley 100 de 1993 solo podrá cobrarse a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios las sumas correspondientes a copagos y cuotas moderadoras, siendo los primeros, aplicables únicamente a los beneficiarios y las segundas a los cotizantes y sus beneficiarios. Para todos los efectos, el cobro de estos conceptos se sujetará a lo dispuesto en el Acuerdo 260 de 2004. Teniendo en cuenta que es responsabilidad de la EPS el recaudo de los copagos y cuotas moderadoras, las partes acuerdan que los valores que se causen en ejecución del presente contrato, serán recaudados por **LA CONTRATISTA** y son propiedad de **COOMEVA EPS S.A.** En consecuencia, las facturas de venta que presente **LA CONTRATISTA** a **COOMEVA EPS S.A.** por los servicios de salud prestados corresponderán al valor del respectivo servicio, menos el valor por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras recaudadas, descuento que expresamente autoriza **LA CONTRATISTA**.

**CLAUSULA DECIMA.- PROHIBICIÓN ESPECIAL:** No podrán cobrarse multas por inasistencia a citas médicas de conformidad con lo estipulado en el Art. 55 de la Ley 1438 de 2011.

**CLAUSULA UNDECIMA.- REQUISITOS RESPECTO DE LA FACTURACIÓN Y FORMA DE PAGO:** **LA CONTRATISTA** producirá las facturas de venta por los servicios de salud prestados, con base en las tarifas pactadas, en los Anexos No. 2 y 5 que hacen parte del presente contrato y se compromete a facturar los servicios objeto del contrato dentro del mes inmediatamente siguiente al de la prestación. No obstante lo anterior, enviará a **COOMEVA EPS S.A.** la relación de servicios y su valor cuando éstos sean radicados pero correspondan a periodos diferentes. Vencido el año calendario,

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No 20                          | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



es decir, con posterioridad al 31 de Diciembre, **COOMEVA EPS S.A.**, se abstendrá de recibir facturas por servicios prestados el año anterior, salvo las que correspondan al mes de Diciembre. En todo caso, **LA CONTRATISTA** deberá radicar las facturas los diez (10) primeros días de cada mes. **LA CONTRATISTA** NO podrá presentar facturas con cifras decimales, en este sentido, deberá aproximar por encima, si el primer o segundo decimal es igual o mayor a cinco y por debajo si es menor a cinco. **PARÁGRAFO PRIMERO.- COOMEVA EPS S.A.** cancelará a **LA CONTRATISTA**, los valores a que haya lugar como consecuencia de la ejecución del presente contrato, de conformidad con lo estipulado en la Ley 1122 de 2007 o la norma que la adicione, modifique, aclare o sustituya, siempre y cuando el flujo de recursos del SGSSS se esté efectuando de conformidad con la normatividad legal que regula la materia. **COOMEVA EPS S.A.** realizará el pago respectivo mediante transferencia electrónica al No. de cuenta que indique **LA CONTRATISTA**. **PARÁGRAFO SEGUNDO.- REPORTE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS (SISMED): COOMEVA EPS S.A. y LA CONTRATISTA** conforme a lo establecido, en el Art. 2 de la Circular 001 de 2010, que modifica el Art. 24 de la Circular 004 de 2006 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, están obligados a reportar trimestralmente, entre otros, los mayores y menores precios unitarios de los medicamentos que compren o vendan, indicando el número de factura cambiaria de compraventa que contenga la transacción. **PARÁGRAFO TERCERO.-** Conforme a lo establecido en el parágrafo anterior y considerando que los Anexos Técnicos que regulan el reporte al SISMED establecen la obligatoriedad de utilizar la codificación única de medicamentos (CUM), **LA CONTRATISTA** se obliga a facturar los medicamentos empleando dicho código, con el fin de garantizar la consistencia de la información contenida en los reportes que envíe a SISMED tanto **LA CONTRATISTA** como **COOMEVA EPS S.A.**, evitando de esta forma la imposición de multas y sanciones por la inobservancia de las normas que regulan esta materia. **PARÁGRAFO CUARTO.- SOPORTES DE LA FACTURA: LA CONTRATISTA** presentará la factura con los soportes obligatorios para esta modalidad de contrato, conforme a lo que defina el Ministerio de Salud y de la Protección Social. Junto con la factura, **LA CONTRATISTA** se obliga a presentar los siguientes documentos: a) Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) completamente diligenciados y validados, de todas las atenciones realizadas en el período inmediatamente anterior y de acuerdo a los términos de las Resoluciones 3374 del 2000 y 951 de 2002 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, así como de las demás normas que las adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. En el evento en que **LA CONTRATISTA** no aporte con las facturas los Registros Individuales de la Prestación de Servicios (RIPS), autoriza a **COOMEVA EPS S.A.** para abstenerse de girar los pagos de aquellas que carezcan del soporte. En todo caso, los pagos se realizarán conforme a los plazos pactados en el contrato, los cuales se contarán a partir del día en que se hubiere subsanado el hecho que da lugar al no pago. b) Relación de pacientes remitidos a otros servicios de la red de **COOMEVA EPS S.A.**; c) Certificación detallada del pago por sus empleados, de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales, emitido por el revisor fiscal o contador de **LA CONTRATISTA**, del mes inmediatamente anterior. **PARÁGRAFO QUINTO.- LA CONTRATISTA** deberá facturar en forma separada los servicios y medicamentos POS y los NO POS que hubieren sido autorizados por **COOMEVA EPS S.A.** e identificará los eventos de origen laboral. Para los servicios y medicamentos NO POS prestados deberá además identificar plenamente la tutela o el número del acta del comité técnico científico que haya ordenado el servicio. **COOMEVA EPS S.A.** devolverá las facturas en las cuales se incluyan simultáneamente servicios POS y NO POS. Teniendo en cuenta que **COOMEVA EPS S.A.** debe tramitar y presentar en

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana García Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



debida forma las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y servicios NO POS, dentro de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, **LA CONTRATISTA** se obliga a presentar a **COOMEVA EPS S.A.**, las facturas relacionadas con tales conceptos, en un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de la prestación del servicio que origina este recobro. En el evento en que el Administrador Fiduciario imponga glosas a los recobros presentados por **COOMEVA EPS S.A.** por deficiencias en la facturación presentada por **LA CONTRATISTA** o por ausencia de evidencia de entrega o prestación del servicio, **LA CONTRATISTA** se obliga a responder los requerimientos de **COOMEVA EPS S.A.** en un plazo no mayor a 15 días calendario contados desde la solicitud. **PARAGRAFO SEXTO.- NO APLICABILIDAD DE LA LEY 1231 DE 2008:** La radicación de las facturas de venta por servicios prestados no implica la aceptación de las mismas por parte de **COOMEVA EPS S.A.**. Las partes reconocen que las normas contenidas en la Ley 1231 de 2008 no son aplicables al Sistema de Seguridad Social en Salud, específicamente en cuanto a términos para aceptación de la factura y para la formulación y comunicación de las glosas a que haya lugar, por existir normas especiales aplicables a la materia. **PARAGRAFO SEPTIMO.-** En lo que sea pertinente, respecto de la atención a adultos mayores, **LA CONTRATISTA** deberá cumplir con las disposiciones contenidas en la Ley 1315 de 2009. **PARAGRAFO OCTAVO.-** La atención por urgencia vital, que demanden los afiliados a **COOMEVA EPS S.A.** no requiere de autorización previa por parte de **COOMEVA EPS S.A.**, obligándose **LA CONTRATISTA** a notificar a aquella el evento urgente, dentro de los términos acordados en el presente contrato. **PARAGRAFO NOVENO.- GLOSAS:** El trámite de glosas se realizará de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 de 2011 o en aquella que la reglamente, modifique, adicione, aclare o sustituya. **COOMEVA EPS S.A.**, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formulará y comunicará a **LA CONTRATISTA** las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. **LA CONTRATISTA** deberá dar respuesta a las glosas presentadas por **COOMEVA EPS S.A.**, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. **COOMEVA EPS S.A.**, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, **LA CONTRATISTA** considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a **COOMEVA EPS S.A.**. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes a su levantamiento, informando a **LA CONTRATISTA** la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos y en el caso que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección de **LA CONTRATISTA**, en los términos establecidos por la Ley.

**CLAUSULA DUODECIMA.- AUTONOMIA EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS Y EXCLUSION DE LA RELACION LABORAL:** **LA CONTRATISTA** obra de manera independiente, con autonomía técnica científica y administrativa, utilizando sus propios recursos y su propio personal, para ello, observará las normas legales vigentes, las políticas y procedimientos que establezca el Estado y las

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



que contractualmente defina **COOMEVA EPS S.A.**, en acatamiento de aquellas, por lo tanto, ni **LA CONTRATISTA** ni su personal adquieren algún vínculo de carácter laboral con **COOMEVA EPS S.A.** y por consiguiente sus salarios y prestaciones sociales estarán a cargo de **LA CONTRATISTA** así como su vinculación y desvinculación. **LA CONTRATISTA** asume toda la responsabilidad por los actos, dirección y control de sus empleados. Tampoco podrá predicarse que **COOMEVA EPS S.A.** es solidariamente responsable por el pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones a que el mismo tenga derecho. **LA CONTRATISTA** declara que el personal que encargue de la ejecución de los servicios objeto del presente contrato se encuentra vinculado activamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL y que así permanecerá durante el término de duración de este contrato. **COOMEVA EPS S.A.** queda expresamente autorizada por **LA CONTRATISTA**, para descontar de los pagos en favor de ésta, durante la vigencia del presente contrato o en la liquidación final, como consecuencia de la terminación del contrato por cualquier causa, el valor de las cuentas adeudadas por **LA CONTRATISTA** al personal que disponga para el cumplimiento del objeto del contrato o a los proveedores, prestadores o terceros contratados con el mismo fin. Ninguna de las obligaciones contenidas en las cláusulas de este contrato habilitarán a **LA CONTRATISTA** para representar a **COOMEVA EPS S.A.** a ningún título. **LA CONTRATISTA** se compromete con **COOMEVA EPS S.A.** a mantenerla indemne en caso de reclamaciones laborales de cualquier índole, relacionadas con los servicios objeto de éste contrato.

**CLAUSULA DECIMATERCERA.- SUBCONTRATACIÓN Y CESIÓN:** **LA CONTRATISTA** ofrece prestar los servicios de salud objeto de este contrato en forma directa y en sus propias instalaciones. La subcontratación para la prestación de los servicios de salud objeto del presente contrato queda expresamente prohibida a **LA CONTRATISTA** y el incumplimiento de esta prohibición será causal de terminación unilateral del contrato por parte de **COOMEVA EPS S.A.** **LA CONTRATISTA** no podrá ceder ni total ni parcialmente las obligaciones emanadas del presente contrato a un tercero.

**CLAUSULA DECIMACUARTA.- IMAGEN INSTITUCIONAL:** **EL PRESTADOR** acepta no tener representación alguna de **LA CONTRATANTE**, así como que la suscripción del presente contrato no será entendida de ninguna forma como cesión de uso de marca.

**CLAUSULA DECIMAQUINTA.- POLIZAS DE SEGURO:** **LA CONTRATISTA** se obliga a constituir a favor de **COOMEVA EPS S.A.** con una Compañía de Seguros legalmente autorizada por la Superintendencia Financiera, las siguientes pólizas: a) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica con una vigencia igual al término inicial del contrato más seis meses, por un valor mínimo equivalente a **QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$500.000.000) M/CTE.** b) Póliza de responsabilidad civil extracontractual que puede ser la misma que tiene la institución para cubrir las contingencias a terceros que afectados. **LA CONTRATISTA** deberá aportar las garantías a que hace referencia esta cláusula, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firma del contrato. El costo de la prima de la póliza y las renovaciones si las hubiere será asumido por **LA CONTRATISTA**; en el evento en que **LA CONTRATISTA** no pague el valor de la prima desde ahora autoriza para que **COOMEVA EPS S.A.** lo asuma, pudiendo descontar de las sumas adeudadas a **LA CONTRATISTA** lo correspondiente al valor de las primas. **PARÁGRAFO PRIMERO.- El**

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



Representante Legal de **LA CONTRATISTA** garantizará que todos y cada uno de sus profesionales adscritos y vinculados cuenten con la respectiva póliza de responsabilidad civil que garantice el pago de cualquier perjuicio que se derive del ejercicio de su profesión.

**CLAUSULA DECIMASEXTA.- RESPONSABILIDAD DE LA CONTRATISTA:** **LA CONTRATISTA** asume en forma total y exclusiva la responsabilidad que se derive y los perjuicios que pueda generar en desarrollo del contrato, a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios de **COOMEVA EPS S.A.**, a **COOMEVA EPS S.A.** o a terceros (bien sea a las personas o a las cosas), por la calidad e idoneidad de los servicios de salud que preste, las condiciones de la tecnología o la infraestructura, la falta de oportunidad en la remisión de los pacientes y los actos u omisiones del personal médico y paramédico a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud, así como los de su personal administrativo y/o proveedores. En caso que la **EPS** sea sancionada pecuniariamente por las Entidades de Control del Sistema o por cualquier autoridad judicial o administrativa, por hechos atribuibles a **LA CONTRATISTA** o que se vea obligada a pagar por o en nombre de **LA CONTRATISTA** sumas que a ésta correspondan, **LA CONTRATISTA**, asumirá la correspondiente suma, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a aquel en que **COOMEVA EPS S.A.** así se lo comunique, siempre que la responsabilidad de **LA CONTRATISTA** hubiere quedado demostrada mediante sentencia judicial o acto administrativo, al igual que los daños y perjuicios. Si a pesar de tal comunicación **LA CONTRATISTA** no atiende tal obligación, faculta a **COOMEVA EPS S.A.** a descontar de lo que le deba, los valores correspondientes a tales sanciones o condenas. **LA CONTRATISTA** se compromete a: 1) No realizar investigaciones científicas con recursos económicos, técnicos y científicos de **COOMEVA EPS S.A.**, salvo previo acuerdo entre las partes. 2) No utilizar, con cargo a los recursos económicos, técnicos y administrativos de **COOMEVA EPS S.A.** servicios y tecnología médica no aprobada por las entidades competentes y conforme con las normas de ética médica y demás disposiciones sobre la materia. 3) En el evento que sea necesario repetir un procedimiento, tratamiento o ayuda diagnóstica por causa imputable a **LA CONTRATISTA**, deberá realizarlo nuevamente asumiendo el costo de ese servicio.

**CLAUSULA DECIMASEPTIMA.- INDEMNIDAD:** **LA CONTRATISTA** garantiza que como consecuencia de la ejecución del objeto del contrato, dejará a **COOMEVA EPS S.A.** indemne y libre de toda acción legal de cualquier especie o naturaleza que se llegará a promover contra la misma, a causa de acciones u omisiones en que incurra **LA CONTRATISTA** o sus empleados.

**CLAUSULA DECIMAOCTAVA.- DEL CODIGO DE ETICA Y DE BUEN GOBIERNO.- LA CONTRATISTA** declara su adhesión a los parámetros del Código de Ética y de Buen Gobierno de **EL GRUPO EMPRESARIAL COOMEVA** y manifiesta su intención firme de suscribir en lo pertinente los Acuerdos de gestión ética, que le sea entregados directamente.

**CLAUSULA DECIMANOVENA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** Declara expresamente el Representante Legal de **LA CONTRATISTA** que no existen por parte suya respecto de miembros de Organismos Directivos, Directores, Gerentes o Representantes Legales, Administradores y

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



Empleados las INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES a que se refiere el Artículo 3º del Decreto 0973/94 que prohíba la celebración del presente contrato. **PARÁGRAFO:** Es causal de terminación del contrato por parte de **COOMEVA EPS S.A.**, sin que se produzca indemnización económica a su cargo, la violación a la norma citada, durante la vigencia del contrato por parte de **LA CONTRATISTA**.

**CLAUSULA VIGESIMA.- POLÍTICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente contrato las partes declaran que: **1)** Cumplen con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. **2)** Adoptaron medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo. **3)** En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegarán todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo. **4)** Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores.

**CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA.- VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: LA CONTRATISTA** autoriza expresamente a las Empresas que forman parte del Grupo Empresarial Cooameva para consultar, suministrar, intercambiar y/o remitirse entre ellas la información, los Anexos y soportes que haya suministrado **LA CONTRATISTA** con ocasión de su vinculación con **COOMEVA EPS S.A.** o cualquier otro tipo de información acerca de la transparencia y licitud de sus actividades, para que analicen, evalúen y concluyan sobre sus hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado.

**CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA.- IMPREVISIÓN:** Cualquier evento imprevisto que surja en el desarrollo del contrato y que amerite la revisión de sus condiciones se someterá a las normas de imprevisión del Código Civil y del Código de Comercio.

**CLAUSULA VIGESIMA TERCERA.- INDIVISIBILIDAD:** Si alguna autoridad competente invalidara uno o varios de los acuerdos que se deriven de la suscripción del presente contrato, las partes efectuarán las correcciones necesarias de tal forma que se cumpla el propósito previsto por ellas y se acojan las normas aplicables. Si una o varias de las cláusulas de este contrato se declaran inválidas, o si la autoridad competente les otorga aplicación o interpretación diferente a la pretendida, seguirá vigente el resto del negocio jurídico, a menos que la cláusula o cláusulas invalidadas lo hagan ineficaz, caso en el cual terminará inmediatamente con la simple notificación escrita que se envíe por alguna de las partes.

**CLAUSULA VIGESIMA CUARTA.- SUBSISTENCIA DE OBLIGACIONES:** Las obligaciones a cargo de las partes que deban cumplirse con posterioridad a la terminación del contrato continuarán vigentes y exigibles hasta su perfeccionamiento y/o plena ejecución.

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



**CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA.- ESTIPULACIONES ANTERIORES:** Las partes manifiestan que no reconocerán validez a estipulaciones verbales o escritas anteriores relacionadas con los servicios objeto del presente contrato, el cual constituye un acuerdo completo y total acerca de su objeto y reemplaza y deja sin efecto alguno cualquier otra estipulación o contrato celebrado entre las partes con anterioridad.

**CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA.- SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:** COOMEVA EPS S.A. ejercerá la supervisión del presente contrato a través de la Dirección Regional de Salud. COOMEVA EPS S.A. se reserva el derecho de realizar las visitas de monitoreo y la supervisión que estime convenientes. De igual forma, con la finalidad de asegurar que la prestación del servicio por parte de LA CONTRATISTA se haga en condiciones óptimas de calidad, COOMEVA EPS S.A. podrá inspeccionar e igualmente hacer sugerencias por escrito para que LA CONTRATISTA corrija las deficiencias en la prestación del servicio.

**CLAUSULA VIGESIMA SEPTIMA.- DIFERENCIAS ENTRE LA OFERTA, EL CONTRATO, LOS TERMINOS DE REFERENCIA Y LOS ANEXOS:** Si se llegase a presentar contradicciones entre los documentos mencionados, en todo caso, prevalecerá lo dispuesto en el presente documento, si persisten las diferencias se acudirá al contenido de los Anexos.

**CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA.- DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos derivados del presente contrato, se establece como domicilio contractual la ciudad de Bogotá.

**CLÁUSULA VIGESIMA NOVENA.- SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS:** De conformidad con el Decreto 4747 de 2007, las diferencias que surjan como consecuencia de la ejecución del objeto del presente contrato, se someterán en primera instancia a una etapa de acuerdo directo entre los Representantes Legales para que en un término hasta de treinta (30) días procuren solucionar directa y amigablemente los conflictos derivados del contrato, el mencionado término será prorrogable de común acuerdo, si no se logra llegar a un acuerdo al respecto, las partes podrán acudir a la justicia ordinaria.

**CLÁUSULA TRIGESIMA.- MANIFESTACIONES BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:** LA CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad de juramento que: 1) Se encuentra a paz y salvo con el pago de la tasa anual ante la Superintendencia Nacional de Salud. 2) Se encuentra al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular Externa 11 del 2004 las IPS de naturaleza privada y la Circular 12 de 2004 las IPS de naturaleza pública; a través del registro de envío publicado en la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud. **PARAGRAFO.-** El no estar al día en las obligaciones como IPS dentro del SGSSS será causal de terminación automática del presente contrato, sin requerimientos o constituciones en mora, los cuales se declaran renunciados. Lo anterior sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



**CLAUSULA TRIGESIMA PRIMERA.- DIRECCIONES DE LAS PARTES PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES:** COOMEVA EPS S.A. Carrera 19ª No. 78-80 de la ciudad de Bogotá. Teléfono: 3199555 LA CONTRATISTA: Transversal 12 No. 22-51 del municipio de Fusagasugá (Cundinamarca) Teléfono: 8733000- 8899440.

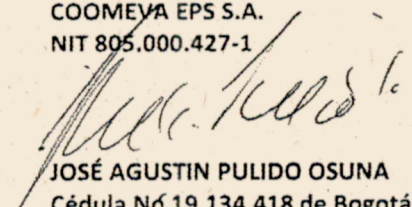
**CLAUSULA TRIGESIMA SEGUNDA.- DOCUMENTOS Y ANEXOS:** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes **DOCUMENTOS:** 1.- Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud 2. Pólizas que garantizan el contrato. 3. Certificado de Existencia y Representación legal de las partes. **ANEXOS DEL CONTRATO:** Hacen parte del presente contrato y así lo aceptan las partes, los siguientes **ANEXOS:** Anexo 1. Precios y condiciones comerciales.

**CLAUSULA TRIGESIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO:** El presente contrato se perfecciona con la firma del mismo y con la fecha del último firmante, quedando regulados los acuerdos verbales anteriores que pudiesen existir.

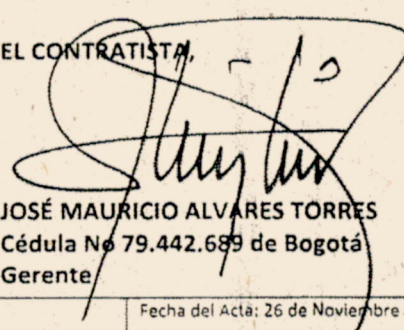
**CLAUSULA TRIGESIMA CUARTA.- LIQUIDACIÓN:** Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del presente Contrato se procederá a su liquidación de conformidad con lo establecido en el Artículo 27 del Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 del Ministerio de la Protección Social.

**CLAUSULA TRIGESIMA QUINTA.- PAZ Y SALVO:** Las partes acuerdan que este contrato, deja sin vigencia todo contrato verbal o escrito anteriormente celebrado al perfeccionamiento de éste. Se exceptúan de lo aquí establecido, las obligaciones económicas a cargo de las partes que llegaren a resultar de la liquidación final del contrato inmediatamente anterior. Estas obligaciones constarán en documento denominado "Acta de Liquidación". El pago de los conceptos resultantes de la liquidación se efectuará en la forma y plazos definidos en el documento de liquidación. Leído el presente instrumento lo suscriben como aparecen en señal de conformidad, en un solo original, del cual se entregará copia exacta a LA CONTRATISTA, en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintidós (22) días del mes de diciembre de dos mil catorce (2014).

COOMEVA EPS S.A.  
NIT 805.000.427-1

  
**JOSÉ AGUSTIN PULIDO OSUNA**  
Cédula No 19.134.418 de Bogotá  
Gerente

EL CONTRATISTA,

  
**JOSÉ MAURICIO ALVARES TORRES**  
Cédula No 79.442.689 de Bogotá  
Gerente

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |



**ANEXO No 1  
CARTA ACUERDO**

**COOMEVA EPS SA Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**  
LA PRESENTE CARTA ACUERDO CONSTITUYE UN ANEXO TARIFARIO, QUE ES PARTE INTEGRANTE  
DEL CONTRATO

DIRECCIÓN: Transversal 12 No. 22-51 de Fusagasuga  
TELÉFONOS: 8733000 – 8899440

**PARTICIPANTES:**

**JOSÉ AGUSTIN PULIDO OSUNA**  
COOMEVA EPS S.A

**JOSÉ MAURICIO ALVARES TORRES**  
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE  
FUSAGASUGA

**ASUNTO:** TARIFAS PARA EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - COOMEVA EPS  
**VIGENCIA:** 01 de Enero de 2015 a 31 de Diciembre de 2015.

Entre las partes se convino lo siguiente:

**OBJETO** Servicios de Salud de I, II, III Nivel

Las tarifas para el objeto del Presente Contrato son las siguientes:

| Servicio                                             | Tarifas                                    |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Servicios de urgencia, hospitalización ambulatorios. | SOAT menos(-) diez por ciento (10%)        |
| Consulta especialistas                               | SOAT menos(-) diez por ciento (10%)        |
| Paquetes Qx                                          | Se anexa tarifas en diecisiete (17) folios |
| Vacunación                                           | \$4.800                                    |
| Medicamentos                                         | Tarifa institucional                       |
| Servicio de ambulancia                               | Tarifa institucional                       |
| Oxígeno en urgencias ambulatorio                     | 19.00                                      |
| Oxígeno en urgencias hospitalario                    | 16.00                                      |
| Material de Osteosíntesis para Urgencias             | Precio Compra + 12%                        |

|                                                 |                                     |                                          |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Ente aprobador: Comité Regional de Contratación | Acta No. 20                         | Fecha del Acta: 26 de Noviembre de 2014  |
| Documento Elaborado por:                        | Nombre: Sandra Jovana Garcia Cortes | Cargo: Analista Regional Contratación    |
| V.B. Dirección Jurídica / Contratación          | Nombre: Juan Pablo Morantes Acuña   | Cargo: Coordinador Regional Contratación |
| V.B Técnico/ Supervisor                         | Nombre: José Alejandro Rubio        | Cargo: Director Regional de Salud        |







Respetado

**DR. JUAN FELIPE CASTAÑO RODRÍGUEZ**

**JUEZ SEGUNDO (2) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.**

E.

S.

D.

17-JUL-19- 2:48PM  
J00-2-ADM-CTO-GIRARDOT

**Referencia:** REPARACIÓN DIRECTA DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
EN CONTRA DE MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ- ESE HOSPITAL  
DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS

**Radicación:** 25307-33-33-002-2018-00362-00

**ASUNTO:** LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A COMPAÑÍA ASEGURADORA DE  
FIANZAS SA, con sigla SEGUROS CONFIANZA SA,

El suscrito apoderado **Juan Pablo Morantes Acuña**, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula No. 80.170.972 expedida en Bogotá, tarjeta profesional No. 223.013 del C.S de la J., en calidad de apoderado de la sociedad **Cooameva EPS SA**, con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con Nit. No. 805.000.427-1, conforme el poder otorgado por el Gerente Regional Centro Oriente, el señor Juan Guillermo de la Hoz Tobón, domiciliado en la ciudad de Bogotá e identificado con cédula No. 3.182.836 de Bogotá, conforme certificados de existencia y representación legal que obran en los anexos de este escrito; procedo a **llamar en garantía** a la Compañía Aseguradora de Fianzas SA, con sigla Seguros Confianza SA, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con Nit. No. 860.070.374-9, representada legalmente por el señor Luis Alejandro Rueda Rodríguez, domiciliado en la misma ciudad de Bogotá, identificado con cédula No. 79.435.025, o por quien haga sus veces; lo anterior al amparo del artículo 225 del CPACA y de los fundamentos jurídicos y fácticos que se exponen a continuación.

### **I. Hechos:**

1. Coomeva EPS contrató con la Compañía Aseguradora de Fianzas SA, con sigla Seguros Confianza SA, una póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares No. RC000980, conforme se lee el borde superior derecho de la carátula de la misma y que se puede consultar en los anexos de este escrito en nueve folios.
2. La vigencia de esta póliza va del 01 de agosto del 2015 hasta el 1 de agosto de 2016, lapso de tiempo al que se refieren los hechos de la demanda principal.
3. En la referida póliza se pactaron la coberturas que se señalan en el recuadro siguiente:

*"Los daños derivados de la responsabilidad civil profesional en que incurra el asegurado, por daños personales ocurridos como consecuencia del ejercicio de la profesión médica específica. esta cobertura comprende la responsabilidad civil imputable al asegurado por actos u omisiones cometidos en el ejercicio de*



85 /

*una actividad profesional médica por personal médico, paramédico o médico auxiliar, entre otros, médicos, practicantes, enfermeras, etc.”*

4. Conforme los términos y coberturas de la misma, en caso de que COOMEVA EPS resulte condenada por los hechos de la demanda principal, la llamada en garantía deberá reintegrar totalmente el valor de la condena.

## II. Fundamentos:

El fundamento del presente llamamiento es el artículo 225 del CPACA que indica: *“Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación”*. En este caso, el fundamento que sirve de base para el llamamiento en garantía es de carácter contractual, y resultan aplicables las normas del contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio y, de manera subsidiaria, el régimen general de las obligaciones contenido en el Código Civil.

## III. Pretensiones:

**Primero:** Que, en caso de fulminarse algún tipo de condena en contra de COOMEVA EPS en razón a la acción de reparación directa de la referencia, se declare que la COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS SA, con sigla SEGUROS CONFIANZA SA, identificada con Nit. No. 860.070.374-9 debe reintegrar la totalidad de la condena conforme la póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares indicada en los hechos de la demanda o cualquier otra que se prueba en juicio.

**Segundo:** En consecuencia, se condene a la Compañía Aseguradora de Fianzas SA, con sigla SEGUROS CONFIANZA SA, identificada con Nit. No. 860.070.374-9 a reintegrar la totalidad de las condenas fulminadas en contra de COOMEVA EPS, conforme la póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares indicada en los hechos de la demanda o cualquier otra que se prueba en juicio.

## IV. Pruebas:

- Documentales.
- 1. Contrato suscrito entre COOMEVA EPS y la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, (documento ya aportado en el llamamiento en garantía realizado a la ESE).
- 2. Póliza de responsabilidad civil profesional médica para clínicas y similares No. RC000980 con vigencia del 01 de agosto del 2015 hasta el 1 de agosto de 2016.
- 3. Certificado de existencia y representación legal de Compañía Aseguradora de Fianzas SA.



- 9 /
- Interrogatorio de parte.

Igualmente se solicita el interrogatorio de parte de la aseguradora llamada en garantía.

- Las demás que se decreten y practiquen en el proceso principal.

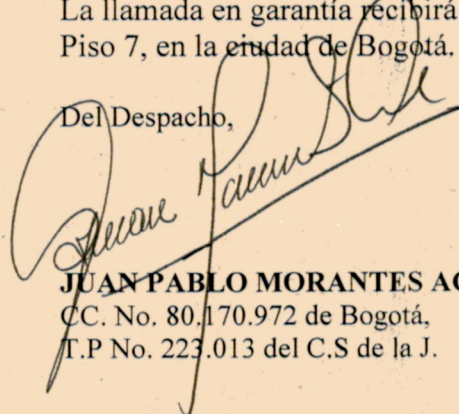
#### V. Notificaciones:

COOMEVA EPS recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 100 No. 11- 60, Local 250, en la ciudad de Cali. O electrónicamente al siguiente correo: correoinstitucionaleps@coomeva.com.co

El suscrito apoderado lo hará en la siguiente dirección: Carrera 19 A No. 78 - 80 Piso 4, en la ciudad de Bogotá, o al correo electrónico: juan\_morantes@coomeva.com.co

La llamada en garantía recibirá notificaciones en la siguiente dirección: Calle 82 No 11 - 37 Piso 7, en la ciudad de Bogotá. O al correo electrónico: ccorreos@confianza.com.co

Del Despacho,



**JUAN PABLO MORANTES ACUÑA,**  
C.C. No. 80.170.972 de Bogotá,  
T.P No. 223.013 del C.S de la J.



**CONFIANZA**Swiss Re  
Corporate Solutions**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 1

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI

USUARIO AGUIRREI

TIP CERTIFICADO

Nuevo

FECHA EXPEDICION 05-08-2015

TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.

C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION:

CIUDAD:

E-MAIL:

TELEFONO:

0

ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.

C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION:

CIUDAD:

TEL. 0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

C.C. o NIT: 0000001

DIRECCION:

CIUDAD:

TEL. 1

**VIGENCIA****VALOR ASEGURADO**

DESDE 01-08-2015

HASTA 01-08-2016

ANTERIOR

ESTA MODIFICACION

NUEVA

2,500,000,000.00

**INTERMEDIARIO****COASEGURO****PRIMA**

| %<br>BASE | NOMBRE                       | COMPANIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | MONEDA     | PESOS          |
|-----------|------------------------------|----------|---|-------|-----------------|------------|----------------|
| 100.      | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL    |   |       |                 | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|           |                              |          |   |       |                 | GAST.EXPED |                |
|           |                              |          |   |       |                 | IVA        | 59,122,720.00  |
|           |                              |          |   |       |                 | TOTAL      | 428,639,720.00 |

**\*\* COBERTURAS****ICO**

LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO, POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA ESPECÍFICA. ESTA COBERTURA COMPRENDE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA POR PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO O MÉDICO AUXILIAR, ENTRE OTROS, MÉDICOS, PRACTICANTES, ENFERMERAS, ETC.

SE ACLARA QUE EN LA CLÁUSULA I DE COBERTURA DEL ANEXO DE RC MÉDICA FORMA, SU-OD-11-01 JUL.01.2009, SE ADICIONA AL TÉRMINO ..... PREDIOS ASEGURADOS, LA FRASE: Y LOS PREDIOS DE LAS IPS CON LAS QUE COOMEVA EPS TENGA CONVENIO.

**EXCLUSIONES PARTICULARES ADICIONALES A LA DE LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS:**

\* DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA. EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

**\*\* PREDIOS LABORES Y OPERACIONES - PLO**

ESTA COBERTURA COMPRENDE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN Y USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES TERAPÉUTICOS O DE DIAGNÓSTICO ASÍ COMO TAMBIÉN APARATOS DE RAYOS X, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y LOS CUALES REQUIEREN EXPRESA CONTRATACIÓN.

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. 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. 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. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO, DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCO DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS ADECUADAMENTE 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 CLAUSULADOS 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.

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.

LOS PAGOS EN DÓLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

SU-FO-10-01

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 2

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                         |                       |                             |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI        | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                         |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       | CIUDAD:                 |                       |                             |
| E-MAIL:                          | TELEFONO: 0             |                       |                             |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      | C.C. o NIT: 805000427 1 |                       |                             |
| DIRECCION:                       | CIUDAD:                 | TEL. 0                |                             |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | C.C. o NIT: 0000001     |                       |                             |
| DIRECCION:                       | CIUDAD:                 | TEL. 1                |                             |

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO |                         |
|------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| DESDE 01-08-2015 | HASTA 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION NUEVA |
|                  |                  |                 | 2,500,000,000.00        |

| INTERMEDIARIO |                              |          | COASEGURO |       |                 | PRIMA      |                |
|---------------|------------------------------|----------|-----------|-------|-----------------|------------|----------------|
| %<br>DAST     | NOMBRE                       | COMPANIA | %         | PRIMA | VALOR ASEGURADO | MONEDA     | PESOS          |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL    |           |       |                 | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|               |                              |          |           |       |                 | GAST.EXPED |                |

SE HA INCLUIDO EL AMPARO DE PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, COOMEVA QUEDA CUBIERTA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE SE VEA INVOLUCRADA POR EL USO DE SUS INSTALACIONES: PREDIOS, CAMAS, APARATOS MÉDICOS, ASCENSORES ETC, DE ACUERDO A LA CLÁUSULA SEGUNDA DEL CLAUSULADO GENERAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL FORMA SU-OD-04-02-ABR 2009, EL CUAL TAMBIÉN HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA, EN CUANTO A LOS AMPAROS NOMBRADOS/CUBIERTOS POR ESTA.

EL AMPARO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES (PLO), APLICA TANTO PARA LAS INSTALACIONES DE COOMEVA EPS C, COMO PARA LAS DE LAS UBA.

SE EXTIENDE A LAS INSTALACIONES DE LAS IPS CON LAS QUE TENGA CONVENIO, CON SUBLÍMITE DE \$ 1.000.000.000. EVENTO/VIGENCIA, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA RESPONSABILIDAD DIRECTAMENTE IMPUTABLE A COOMEVA O CUANDO RESULTE SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE. OPERANDO EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE TENGA CADA ESTABLECIMIENTO CONTRATADA. EN CASO QUE IPS NO CUENTE CON LA PÓLIZA CONTRATADA Y/O VIGENCIA OPERARA EN EXCESO DE \$ 200.000.000, COMO DEDUCIBLE ADICIONAL.

**\*\*GASTOS DE DEFENSA**

ESTA COBERTURA COMPRENDE EL ESTUDIO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL; LA DEFENSA FRENTE A RECLAMACIONES INFUNDADAS Y EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS DEL PROCESO CIVIL Y PENAL PROMOVIDO CONTRA EL ASEGURADO, EXCEPTO CUANDO ESTE AFRONTE EL JUICIO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA COMPANHIA.

"EN VIRTUD DE LA ESENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA SE LEVANTAN LAS EXCLUSIONES 1 Y 2 DE LA CLÁUSULA TERCERA DEL CLAUSULADO GENERAL ADJUNTO".

**\*\* GASTOS MEDICOS**

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INTAMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS ADICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PU RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANHIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 3

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: 0  
E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 00000001

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA |            | VALOR ASEGURADO |                   |
|----------|------------|-----------------|-------------------|
| DESDE    | 01-08-2015 | HASTA           | 01-08-2016        |
|          |            | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION |
|          |            |                 | NUEVA             |
|          |            |                 | 2,500,000,000.00  |

| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| %<br>DADO     | NOMBRE                       | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |   |            |                 |
|               |                              |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                              |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                              |           |   | GAST.EXPED |                 |

COBERTURA OBEDECE A LOS GASTOS MÉDICOS RAZONABLES QUE SE ACUSEN DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIOS SUBSIGUIENTES A LA FECHA  
VENTO, 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.

**\*\*\*\*\* ALCANCE DEL OBJETO:**

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A SUS DERECHO-  
HABIENTES, EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL INCURRIDA DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN VIGENTE, POR ACTOS MÉDICOS PROPIOS Y/O POR LOS  
QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES, QUE SEAN IMPUTADOS AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO A UN AFILIADO Y/O USUARIO  
AL(OS) PLAN(ES) DE SALUD DEL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO POR EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN  
MÉDICA DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD - IPS CON LAS CUALES TENGA CONVENIO COOMEVA EPS. AL MOMENTO  
DE LA RECLAMACIÓN SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. SE PUEDE DEMOSTRAR CON LA AUTORIZACIÓN DEL "CENTRO REGULADOR DE ATENCIÓN  
DE URGENCIAS " CRAU" / TAMBIEN PUEDE SER CON OTRO TIPO DE AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA EPS/ O LA FACTURA DE PRESTACION DEL SERVICIO.  
LO ANTERIOR SIEMPRE QUE EN TODOS LOS CASOS SE APORTE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOS DOCUMENTOS SIRVEN COMO SOPORTE  
ADICIONAL Y SERÁN OPCIONALES, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

TAMBIÉN, INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES IMPUTABLES AL ASEGURADO POR LOS DAÑOS QUE CAUSE TERCEROS, O A  
SUS DERECHO- HABIENTES POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA IMPUTADA AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN SERVICIO MÉDICO  
A UN AFILIADO Y/O USUARIO AL(OS) PLAN(ES) DE SALUD DEL(OS) ASEGURADO(S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD QUE NO TIENE CONTRATO  
LABORAL CON EL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DE NO PROPIEDAD DEL ASEGURADO PERO AL SERVICIO DEL MISMO. AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN  
SE DEBERÁ DEMOSTRAR LA RELACIÓN CONTRACTUAL. SE PUEDE DEMOSTRAR CON LA AUTORIZACIÓN DEL "CENTRO DE REGULADOR DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA  
MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR  
PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO  
DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.  
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARRIARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.  
LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL  
PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.  
CON MI FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS  
INTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA, TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS  
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  
OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE  
PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE  
CONFIANZA S.A., INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISION NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS  
TERMINOS 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671**

Página 4

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD:  
E-MAIL: TELEFONO: 0  
ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

**VIGENCIA**

**VALOR ASEGURADO**

DESDE 01-08-2015 HASTA 01-08-2016

ANTERIOR ESTA MODIFICACION NUEVA  
2,500,000,000.00

**INTERMEDIARIO**

**COASEGURO**

**PRIMA**

| %<br>DAÑO | NOMBRE                       | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | MONEDA     | PESOS          |
|-----------|------------------------------|----------|---|-------|-----------------|------------|----------------|
| 100.      | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL    |   |       |                 | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|           |                              |          |   |       |                 | GAST.EXPED |                |

"J" / TAMBIEN PUEDE SER CON OTRO TIPO DE AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA EPS/ O LA FACTURA DE PRESTACION DEL SERVICIO. LO ANTERIOR SIEMPRE EN TODOS LOS CASOS SE APORETE LA FACTURA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO; LOS OTROS DOS DOCUMENTOS SIRVEN COMO SOPORTE ADICIONAL Y SERÁN NULOS, PERO LA FACTURA SERÁ EL REQUISITO OBLIGATORIO.

LA PRESENTE PÓLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA LA CULPA GRAVE EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 1127 DEL CODIGO DE COMERCIO SIEMPRE Y CUANDO SE DEBA A UNA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL CUBIERTA BAJO ESTE CONTRATO DE SEGURO.

\*\*\* MODALIDAD O SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA PURA

\*\*\*\*\* EXTENSION DE COBERTURA: Se extiende a cubrir:

" RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR GESTIÓN INADECUADA DEL ASEGURADO DURANTE LOS PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN, PREVENCIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD DE USUARIOS AFILIADOS AL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO QUEDE DEMOSTRADO JUDICIALMENTE QUE EL ACTO MÉDICO NOCIVO GENERADOR DEL PERJUICIO A INDEMNIZAR, O EL ACTO ADMINISTRATIVO PREVIO Y RELACIONADO A LA ATENCION MEDICA, FUE PRESTADA INDEBIDAMENTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA FALLA EN LA GESTION DEL ASEGURADO SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE QUE LA PRESENTE POLIZA SE EXTIENDA A CUBRIR LAS MULTAS, SANCIONES O CUALQUIER TIPO DE RESPONSABILIDAD FISCAL.

LA EXTENSIÓN DE COBERTURA SE REALIZA SOBRE RECLAMACIONES SOLO DE PARTE DE TERCEROS EN CALIDAD DE PACIENTES Y/O VÍCTIMAS FUNDADAS EXCLUSIVAMENTE EN ACTOS PROFESIONALES INCORRECTOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD "

\*\* PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA ADMINISTRATIVA DERIVADA DEL PROCESO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE AMPARA EL DAÑO EMERGENTE AL 100% MAS EL LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES. ESTOS ÚLTIMOS SUBLIMITADOS A \$ 600.000.000. POR EVENTO

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS TEMPERAMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CERTIFICADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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 POLIZA 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, ASI 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PL RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671**

Página 5

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  | CIUDAD:               | TEL. 0                      |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  | CIUDAD:               | TEL. 1                      |

| VIGENCIA         |                              |                  |           | VALOR ASEGURADO |   |                   |       |                  |  |            |                |
|------------------|------------------------------|------------------|-----------|-----------------|---|-------------------|-------|------------------|--|------------|----------------|
| DESDE 01-08-2015 |                              | HASTA 01-08-2016 |           | ANTERIOR        |   | ESTA MODIFICACION |       | NUEVA            |  |            |                |
|                  |                              |                  |           |                 |   |                   |       | 2,500,000,000.00 |  |            |                |
| INTERMEDIARIO    |                              |                  | COASEGURO |                 |   |                   | PRIMA |                  |  |            |                |
| %<br>DADT        | NOMBRE                       |                  | COMPANIA  |                 | % | PRIMA             |       | VALOR ASEGURADO  |  | MONEDA     | PESOS          |
| 100.             | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES |                  | TOTAL     |                 |   |                   |       |                  |  | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|                  |                              |                  |           |                 |   |                   |       |                  |  | GAST.EXPED |                |

NCIA ( PARA LOS 2 AMPAROS ).

COBERTURA SOLIDARIA DE COOMEVA EPS POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE 537 PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS RESPECTIVOS CARGOS DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES UNIDADES BÁSICAS ASISTENCIALES (UBA), DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA PRESENTE PÓLIZA. DICHOS PROFESIONALES PUEDEN SER REEMPLAZADOS POR LOS QUE OCUPEN SU CARGO YA SEA POR LICENCIA, PERMISO O INCAPACIDAD, LOS PROFESIONALES EN REEMPLAZO TAMBIÉN ESTARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO ESTE REEMPLAZO OBEDEZCA A LOS CARGOS AMPARADOS Y A QUE AL MOMENTO DEL SINIESTRO SE DEMUESTRE EFECTIVAMENTE LA SITUACIÓN DE REEMPLAZO Y EL VÍNCULO CON COOMEVA EPS (CTO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS). ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL DE CADA ADSCRITO (CONTRATADA O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO POR EVENTO DE \$50.000.000.

\*\*\*COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA SOLIDARIA DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS (DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTA PÓLIZA) CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. ESTA COBERTURA OPERA EN EXCESO DE LA PROPIA PÓLIZA DE LA IPS Y LA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS, PÓLIZAS (CONTRATADAS O NO) CON UN LÍMITE MÍNIMO PARA LA PÓLIZA PRIMARIA DE LOS MÉDICOS POR EVENTO DE \$50.000.000 Y PARA LA PRIMARIA DE LA IPS POR EVENTO DE \$100.000.000.

\*\*\*\* SE DEJA CONSTANCIA QUE LA PRESENTE POLIZA NO SOLO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LOS MEDICOS ADSCRITOS A LA EPS SINO TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL SOLIDARIA DERIVADA DE LA MALA PRAXIS DE LAS IPS (DE ACUERDO A LISTADO ADJUNTO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE ESTA POLIZA) CONTRATADAS POR COOMEVA EPS Y DE LOS RESPECTIVOS MEDICOS QUE ATIENDEN EL SERVICIO CONTRATADO. SE DEBERA REPORTAR LOS CAMBIOS ( INCLUSIONES O EXCLUSIONES ) DE LAS IPS POR PERIODOS SEMESTRALES..

\*\*\* CUANDO EXISTA UNA CONDENA DONDE EL JUEZ FALLE Y ESTIPULE UN MONTO ESPECÍFICO A PAGAR POR PARTE DE LA EPS, ESTA COBERTURAS OPERA COMO PRIMARIA Y SE SEGUIRÁ POR LAS LEY DE COEXISTENCIA DE SEGUROS (CÓDIGO DE COMERCIO).

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INMEDIATAMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA, TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS DATOS PERSONALES DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUO RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01  
TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE



**CONFIANZA**Swiss Re  
Corporate Solutions**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página

6

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                              |                       |                                          |       |                 |            |                |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------|-----------------|------------|----------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI             | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015              |       |                 |            |                |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                              |                       | C.C. o NIT: 805000427 1                  |       |                 |            |                |
| DIRECCION:                       |                              |                       | CIUDAD:                                  |       |                 |            |                |
| E-MAIL:                          |                              |                       | TELEFONO: 0                              |       |                 |            |                |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                              |                       | C.C. o NIT: 805000427 1                  |       |                 |            |                |
| DIRECCION:                       |                              |                       | CIUDAD: TEL. 0                           |       |                 |            |                |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                              |                       | C.C. o NIT: 0000001                      |       |                 |            |                |
| DIRECCION:                       |                              |                       | CIUDAD: TEL. 1                           |       |                 |            |                |
| VIGENCIA                         |                              | VALOR ASEGURADO       |                                          |       |                 |            |                |
| DESDE 01-08-2015                 | HASTA 01-08-2016             | ANTERIOR              | ESTA MODIFICACION NUEVA 2,500,000,000.00 |       |                 |            |                |
| INTERMEDIARIO                    |                              | COASEGURO             | PRIMA                                    |       |                 |            |                |
| %<br>DADO                        | NOMBRE                       | COMPANIA              | %                                        | PRIMA | VALOR ASEGURADO | MONEDA     | PESOS          |
| 100.                             | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL                 |                                          |       |                 | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|                                  |                              |                       |                                          |       |                 | GAST.EXPED |                |

DEJA CONSTANCIA QUE PARA LAS ANTERIORES COBERTURAS EL PERSONAL ASEGURADO ES EL QUE SE ENCUENTRA RELACIONADO EN EL LISTADO ADJUNTO, SIN EMBARGO EN VIRTUD DE LA NORMAL ROTACIÓN, COOMEVA EPS DEBERÁ REPORTAR LOS CAMBIOS (INCLUSIONES O EXCLUSIONES) POR PERIODOS SEMESTRALES. ESTA MISMA CONDICIÓN APLICARÁ PARA LOS EMPLEADOS DEL ÁREA DE LA SALUD DEL ASEGURADO PARA LAS IPS CON LA CUAL TIENE CONVENIO COOMEVA EPS (DADO A QUE EN CUALQUIER MOMENTO DE LA VIGENCIA SE HACE CONVENIO CON UNA NUEVA ENTIDAD Y NO QUEDA DECLARADA EN LOS LISTADOS QUE SE ENTREGAN). SI EL SINIESTRO OCURRE ENTRE EL ÚLTIMO Y PRÓXIMO REPORTE, Y POR ENDE NO SE HA INCLUIDO EL PROFESIONAL RESPONSABLE Y/O IMPUTABLE DE DICHO SINIESTRO O QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN NINGUNO DE LOS LISTADOS POR HABER INGRESADO DESPUÉS DE HABER ENTREGADO EL PRIMER REPORTE Y HABERSE RETIRADO.

EN CASO DE QUE EL EVENTO SUCEDA ANTES DE ENTREGAR EL SEGUNDO REPORTE Y EL MEDICO NO SE ENCUENTRE RELACIONADO, SE DEBERÁ DEMOSTRAR EL VÍNCULO LABORAL (CONTRATO LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EN SU DEFECTO CERTIFICACIÓN DE GESTIÓN HUMANA) Y LA UBICACIÓN DENTRO DE LOS CARGOS AMPARADOS EN EL LISTADO. CUANDO LA INCLUSIÓN DE DICHO PROFESIONAL SUPERA EN NÚMERO (LOS ACTUALMENTE AMPARADOS) SE DEBE PAGAR PRIMA ADICIONAL.

\*\*\*\*\* COBERTURA PARA LOS TRABAJADORES/PRESTADORES DE SERVICIO DE LA EPS CUANDO OSTENTEN LA CALIDAD DE PACIENTES.

NOTA:  
POR TAL MOTIVO Y SUJETO A LO ANTERIOR QUEDAN CUBIERTOS:

" LOS ACTOS MEDICOS PROPIOS Y/O POR LO QUE SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE Y QUE SEAN IMPUTABLES A COOMEVA EPS, COMO CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MEDICO A UN AFILIADO Y/O USUARIO AL (OS) PLAN (ES) DE SALUD DEL (OS) ASEGURADOS (S), Y REALIZADO POR UN PRESTADOR DE LA SALUD EMPLEADO O ADSCRITO AL ASEGURADO O POR UNA INSTITUCION DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO O ADSCRITA A ESTE ".

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCO DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS DETENIDAMENTE 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 DATOS PERSONALES DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 7

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD: TELEFONO: 0  
E-MAIL: C.C. o NIT: 805000427 1  
ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO |                           |
|------------|------------|-----------------|---------------------------|
| DESDE      | HASTA      | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION         |
| 01-08-2015 | 01-08-2016 |                 | NUEVA<br>2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |   | PRIMA       |                 |
|---------------|------------------------------|-----------|---|-------------|-----------------|
| % DADO        | NOMBRE                       | COMPañIA  | % | PRIMA       | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |   |             |                 |
|               |                              |           |   | MONEDA      | PESOS           |
|               |                              |           |   | PRIMA NETA  | 369,517,000.00  |
|               |                              |           |   | GAST. EXPED |                 |

EXPRESA CONSTANCIA QUE EL LITERAL M DE LA SECCIÓN II EXCLUSIONES, QUE REZA "RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO DERIVADAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE LA ATENCIÓN MÉDICA POR PERSONAS, QUE NO TIENEN RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO." HACE REFERENCIA A LA EXCLUSIÓN DE RECLAMACIONES CUANDO NO EXISTE ABSOLUTAMENTE NINGUNA RELACIÓN DE TIPO LABORAL CON COOMEVA EPS, POR LO CUAL SE TENDRÁN EN CUENTA LOS TIPOS DE RELACIONES DE CARÁCTER LABORAL Y/O PRESTACIONES LABORALES EXISTENTES ENTRE COOMEVA EPS Y EL PERSONAL MÉDICO PROFESIONAL.

\*\*\*\* SE EXTIENDE A CUBRIR LOS GASTOS Y COSTOS POR HONORARIOS PROFESIONALES PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO PARA CUBRIRLO DESDE LAS INSTANCIAS PREVIAS, INCLUSIVE LAS INSTANCIAS SUPERIORES, SIEMPRE QUE SE CUMPLA CON LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA.

\*\*\*\*\* GASTOS Y COSTOS POR HONORARIOS PROFESIONALES PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A PROCESOS CIVILES, ADMINISTRATIVOS Y EN GENERAL FRENTE A CUALQUIER TIPO DE INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS ADELANTADAS POR ORGANISMOS OFICIALES. ESTA COBERTURA OPERARÁ SIEMPRE Y CUANDO EL PROCESO EN CONTRA DEL ASEGURADO TENGA FUNDAMENTO EN ACTIVIDADES DE EPS REALIZADAS O PRESUNTAMENTE REALIZADAS EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES PROPIAS DE SU PROFESIÓN, DE LAS CUALES PUDIERA DERIVARSE UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA.

\*\*\*\*\* LA COMPañIA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE DEBA PAGAR A UN TERCERO, INCLUYENDO CUALQUIER TIPO DE PERJUICIO PATRIMONIAL DE CARÁCTER MATERIAL O INMATERIAL, SURGIDO A SU CARGO, COMO CONSECUENCIA DE UNA RECLAMACIÓN QUE LE SEA PRESENTADA Y QUE SE ENCUENTRE FUNDADA EXCLUSIVAMENTE EN UN ACTO PROFESIONAL INCORRECTO REALIZADO EN EJERCICIO DE LA FUNCIÓN DE EPS, CONFORME A LO CONTEMPLADO EN LAS NORMAS QUE RIGEN LAS EPS Y EN GENERAL EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO.

\*\*\*\*\* TRATÁNDOSE DE LAS INVESTIGACIONES CONSAGRADAS EN ESTATUTO FINANCIERO, ESTA COBERTURA OPERARÁ A PARTIR DEL AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN, EXCEPTO EN LOS CASOS EN LOS CUALES SE OTORQUE AMPARO EXPRESO PARA INSTANCIAS PREVIAS, EVENTO EN EL CUAL SE ENTENDERÁ INICIADA LA INVESTIGACIÓN

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. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. 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. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE 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 DICIONADOS 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01 TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPañIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 8

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD:  
E-MAIL: TELEFONO: 0  
ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA      |                              |           |            | VALOR ASEGURADO |                   |                  |
|---------------|------------------------------|-----------|------------|-----------------|-------------------|------------------|
| DESDE         | 01-08-2015                   | HASTA     | 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION | NUEVA            |
|               |                              |           |            |                 |                   | 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |            |                 | PRIMA             |                  |
| %<br>DADO     | NOMBRE                       | COMPAÑIA  | %          | PRIMA           | VALOR ASEGURADO   | PESOS            |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |            |                 |                   |                  |
|               |                              |           |            |                 |                   | MONEDA           |
|               |                              |           |            |                 |                   | PRIMA NETA       |
|               |                              |           |            |                 |                   | GAST.EXPED       |

E LA FECHA DE LA RESOLUCIÓN O AUTO QUE ORDENA LA APERTURA DE LA RESPECTIVA INVESTIGACIÓN PRELIMINAR.

LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES NECESARIAS PARA EJERCITAR LOS DERECHOS DENTRO DE LOS PROCESOS CIVILES, ADMINISTRATIVOS, INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES PROFESIONALES INCORRECTAS DE LAS QUE SE DESPRENDIESE ALGUNA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL O PERSONAL A CARGO DEL ASEGURADO.

"VALOR ASEGURADO EPS: \$2.500.000.000 por vigencia/evento

"VALOR ASEGURADO POR MEDICO: \$2.500.000.000 por vigencia/evento SIN EMBARGO LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA POR LA COBERTURA OTORGADA EN SU LÍMITE ÚNICO AGREGADO ANUAL NO SERÁ SUPERIOR A \$2'500.000.000

-DESGLOSE DE LA PRIMA POR VALOR ASEGURADO Y POR RIESGO :

Prima por la Responsabilidad Civil Profesional Directa de la EPS y por la Responsabilidad Civil Solidaria de la EPS frente a sus médicos adscritos: \$302.392.000

Prima por la Responsabilidad Civil Solidaria de la EPS frente a las IPS y sus Médicos: \$21.000.000

Prima por la Responsabilidad Civil Extracontractual del personal Administrativo : \$1.350.000

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARRIARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE 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 IDICIONADOS 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTÁ, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PU RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01 TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671**

Página 9

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015

TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: 0

E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA |            | VALOR ASEGURADO |                   |
|----------|------------|-----------------|-------------------|
| DESDE    | 01-08-2015 | HASTA           | 01-08-2016        |
|          |            | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION |
|          |            |                 | NUEVA             |
|          |            |                 | 2,500,000,000.00  |

| INTERMEDIARIO |                                    | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| %<br>DADT     | NOMBRE                             | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES TOTAL |           |   |            |                 |
|               |                                    |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                                    |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                                    |           |   | GAST.EXPED |                 |

por PLO:\$2.250.000

por la Responsabilidad Civil Profesional Directa de la EPS, derivada del trámite anterior a la atención Médica: \$42.750.000

**"DEDUCIBLES:**

- 10% Mínimo \$ 9.000.000. Para Cobertura Básica.
- 10% Mínimo \$ 7.000.000. Para Cobertura PLO
- 10% Mínimo \$ 7.000.000. Para demás Coberturas: LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL
- 10% GASTOS DE DEFENSA sobre gastos incurridos.

**"COBERTURAS ADICIONALES:**

**\*GASTOS MEDICOS INMEDIATOS SUBLIMITADO A:**

VIGENCIA: \$ 750.000.000  
EVENTO: \$ 750.000.000.  
No aplica deducible.

**\*GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO A:**

VIGENCIA: \$ 1.250.000.000.  
EVENTO: \$ 1.250.000.000

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INTENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS DICCIONARIOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01 TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 10

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 0              |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 1              |

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO |                         |
|------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| DESDE 01-08-2015 | HASTA 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION NUEVA |
|                  |                  |                 | 2,500,000,000.00        |

| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| %<br>DADO     | NOMBRE                       | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |   |            |                 |
|               |                              |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                              |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                              |           |   | GAST.EXPED |                 |

PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SUBLIMITADO A:  
VIGENCIA: \$ 1.250.000.000  
EVENTO: \$ 1.250.000.000

\*LUCRO CESANTE SUBLIMITADO A:  
VIGENCIA: \$ 1.250.000.000  
EVENTO: \$ 1.250.000.000

\*\*PARA LA EXTENSIÓN DE COBERTURA ADMINISTRATIVA DERIVADA DEL PROCESO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE AMPARA EL DAÑO EMERGENTE AL 100% MAS EL LUCRO CESANTE Y PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES. ESTOS ÚLTIMOS SUBLIMITADOS A \$ 600.000.000. POR EVENTO /VIGENCIA ( PARA LOS 2 AMPAROS ).

NOTA 1: SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGAN LOS AMPAROS DE DAÑO MORAL Y LUCRO CESANTE EN EL ENTENDIDO QUE SÓLO PROCEDEN SI EXISTE UN DAÑO FÍSICO.

NOTA 2: SE DEJA CONSTANCIA QUE DENTRO DE LA COBERTURA DE DAÑOS MORALES SE INCLUYEN DAÑOS FISIOLÓGICOS Y DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN.

\*\*\*\* CLÁUSULAS ADICIONALES:

- AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA HASTA 30 DÍAS,

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. 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 DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. 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. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE 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 DATOS PERSONALES 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.

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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN-NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 11

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 0              |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 1              |

VIGENCIA

VALOR ASEGURADO

DESDE 01-08-2015 HASTA 01-08-2016

ANTERIOR

ESTA MODIFICACION

NUEVA

2,500,000,000.00

| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |   |       | PRIMA           |                |
|---------------|------------------------------|-----------|---|-------|-----------------|----------------|
| % DADO        | NOMBRE                       | COMPAÑIA  | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | PESOS          |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |   |       |                 |                |
|               |                              |           |   |       | MONEDA          | PESOS          |
|               |                              |           |   |       | PRIMA NETA      | 369,517,000.00 |
|               |                              |           |   |       | GAST.EXPED      |                |

ABLICIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

ARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y CARGOS, CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

- MODIFICACIÓN A FAVOR DEL ASEGURADO " -- SI DURANTE LA ANUALIDAD DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS LLEGASE A MEJORAR SU PRODUCTO EN CONDICIONES ( CLÁUSULA, ALCANCES, COBERTURAS, ETC ) , QUE DEN INCORPORADAS AUTOMÁTICAMENTE ESAS MEJORAS A LA PÓLIZA QUE SE ENCUENTRA VIGENTE. SIEMPRE Y CUANDO NO IMPLIQUE COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

-PLAZO PARA NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS: ESTA CLÁUSULA REEMPLAZA LA DEL CLAUSULADO ADJUNTO:

- SE ELIMINAN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES LAS GARANTÍAS, REEMPLAZANDOLAS POR EXCLUSIONES.

- SE DEJA CONSTANCIA QUE NO HABRA COBERTURA SI NO SE CUMPLE CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL INCUMPLIMIENTO DE LA MISMA SE DERIVE DE UNA ACTUACION DOLOSA.

\*\*\* CLÁUSULA NOVENA.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

"AVISO DEL SINIESTRO

1.2 AVISO DEL SINIESTRO: EL ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A CONFIANZA S. A. SOBRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SU REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO ASISTE A LA AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PRE-JUDICIAL

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE 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 DICIONADOS 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUIVOCÁ 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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

SU-FO-10-01

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 12

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1  
DIRECCION: CIUDAD: TELEFONO: 0  
E-MAIL: C.C. o NIT: 805000427 1  
ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 0000001  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001  
DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO |                           |
|------------|------------|-----------------|---------------------------|
| DESDE      | HASTA      | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION         |
| 01-08-2015 | 01-08-2016 |                 | NUEVA<br>2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                                    | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| % DADO        | NOMBRE                             | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES TOTAL |           |   |            |                 |
|               |                                    |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                                    |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                                    |           |   | GAST.EXPED |                 |

CUANDO RECIBA LA NOTIFICACIÓN JUDICIAL RESPECTIVA.

EN CASO DE IMPOSIBILIDAD (ARGUMENTADA) DE CUMPLIR CON EL TÉRMINO LEGAL, SE EXTENDERÁ A CINCO (15) 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.

1.3 DOCUMENTOS VARIOS: EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO, LA ENTREGA A CONFIANZA S. A., DE TODOS LOS DETALLES, LIBROS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALQUIER INFORME QUE LE SEA REQUERIDO EN RELACIÓN CON LA RECLAMACIÓN; COMO TAMBIÉN A FACILITAR LA ATENCIÓN DE CUALQUIER DEMANDA, DEBIENDO ASISTIR A LAS AUDIENCIAS Y JUICIOS A QUE HAYA LUGAR, SUMINISTRANDO PRUEBAS, CONSIGUIENDO LA ASISTENCIA DE TESTIGOS Y PRESTANDO TODA LA COLABORACIÓN NECESARIA EN EL CURSO DE CADA PROCESO JUDICIAL.....

\*TERMINO DE PRESCRIPCION:

NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SOBRE EL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO.

SE DEJA CLARIDAD QUE PARA LOS TÉRMINOS DE PRESCRIPCIÓN SE CUMPLIRÁ Estrictamente LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 1081 Y 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. POR LO ANTERIOR EN NINGÚN CASO SE PODRÁ INTERPRETAR QUE LA ASEGURADORA RENUNCIA A LOS TÉRMINOS LEGALES DE SUSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 1081 Y 1131.

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INTENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CERTIFICADOS 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 13

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 0              |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 1              |

| VIGENCIA      |                              |           |            | VALOR ASEGURADO   |                  |
|---------------|------------------------------|-----------|------------|-------------------|------------------|
| DESDE         | 01-08-2015                   | HASTA     | 01-08-2016 | ANTERIOR          | NUEVA            |
|               |                              |           |            | ESTA MODIFICACION | 2,500,000,000.00 |
| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |            | PRIMA             |                  |
| %<br>DAPT     | NOMBRE                       | COMPANIA  | %          | PRIMA             | VALOR ASEGURADO  |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |            |                   |                  |
|               |                              |           |            | MONEDA            | PESOS            |
|               |                              |           |            | PRIMA NETA        | 369,517,000.00   |
|               |                              |           |            | GAST.EXPED        |                  |

OMISIONES ADICIONALES 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. EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
2. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.
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.
4. RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
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 AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
6. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES
7. DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O

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. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. 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. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE 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 DATOS PERSONALES 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.

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.

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 14

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03. CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 0              |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 1              |

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO |                                          |
|------------------|------------------|-----------------|------------------------------------------|
| DESDE 01-08-2015 | HASTA 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION NUEVA 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                                    | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| % DADT        | NOMBRE                             | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES TOTAL |           |   |            |                 |
|               |                                    |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                                    |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                                    |           |   | GAST.EXPED |                 |

8. 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.

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.

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

16. RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS Ó SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABÓLICO,

ESTA PÓLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACER A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA PÓLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INTAMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA. TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS DATOS PERSONALES DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAIS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000 CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

SU-FO-10-01 TOMADOR U2G71XHH 12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





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

**POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671**

Página 15

NIT: 860.070.374-9

SUCURSAL 03. CALI USUARIO AGUIRREI TIP CERTIFICADO Nuevo FECHA EXPEDICION 05-08-2015  
TOMADOR: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: E-MAIL: TELEFONO: 0

ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A. C.C. o NIT: 805000427 1

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS C.C. o NIT: 0000001

DIRECCION: CIUDAD: TEL. 1

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO |                         |
|------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| DESDE 01-08-2015 | HASTA 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION NUEVA |
|                  |                  |                 | 2,500,000,000.00        |

| INTERMEDIARIO |                              |          | COASEGURO |       |                 | PRIMA      |                |
|---------------|------------------------------|----------|-----------|-------|-----------------|------------|----------------|
| %<br>DADO     | NOMBRE                       | COMPANIA | %         | PRIMA | VALOR ASEGURADO | MONEDA     | PESOS          |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL    |           |       |                 | PRIMA NETA | 369,517,000.00 |
|               |                              |          |           |       |                 | GAST.EXPED |                |

FORMAS O PROTEÍNAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TÓXICAS O NO.) CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO, EXCEPTUANDO CUANDO SE TRATE DE UN EVENTO ACCIDENTAL, SÚBITO O IMPREVISTO.

17. RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y EL RIESGO BIOLÓGICO CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ACEPTADOS NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO, EXCEPTUANDO CUANDO SE TRATE DE UN EVENTO ACCIDENTAL, SÚBITO O IMPREVISTO

18. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

AMPAROS Y EXCLUSIONES DE ACUERDO AL CLAUSULADO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL Y EL ANEXO DE RC PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES (ADJUNTOS) TÉRMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACIÓN ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICIÓN Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO, DIFERENTES A LOS INCLUIDOS EN EL REPORTE ENVIADO PARA LA COTIZACIÓN DE LA POLIZA.

LOS ANTERIORES TÉRMINOS DE COTIZACIÓN SON SUMINISTRADOS CON BASE EN PRODUCTOS REGISTRADOS POR SEGUROS CONFIANZA ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, EN INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR PARTE DEL INTERMEDIARIO; Y SE ENTENDERÁN ACEPTADOS POR EL INTERESADO ÚNICAMENTE CUANDO SE PAGUE EL MONTO DE LA PRIMA O MANIFIESTE POR ESCRITO Y EN FORMA EXPRESA SU ACEPTACIÓN. LOS TÉRMINOS DE ESTA COTIZACIÓN SON SUSCEPTIBLES DE VARIACIÓN EN LA MEDIDA QUE SE REQUIERAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES ARRIBA DETALLADAS O EN CASO DE VARIACIÓN Y/O

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERLA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARATULAS ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACION A SU CONTENIDO ACARREARA LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCION DE LA PRESENTE POLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCI DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS NTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA, TAMBIEN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS DATOS PERSONALES DE MI AUTORIZACION EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASI COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAIS.

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

LOS PAGOS EN DOLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA O CHEQUE. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C. SI ESTA POLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA POLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISION QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACION ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA POLIZA. DICHA REMUNERACION ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01 TOMADOR U2G71XHH 12-08-2015 COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA DIRECCION PARA NOTIFICACIONES: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE





PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
MÉDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES.

POLIZA 03 RC000980  
CERTIFICADO 03 RC001671

Página 16

NIT: 860.070.374-9

|                                  |                  |                       |                             |
|----------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|
| SUCURSAL 03, CALI                | USUARIO AGUIRREI | TIP CERTIFICADO Nuevo | FECHA EXPEDICION 05-08-2015 |
| TOMADOR: COOMEVA EPS S.A.        |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD:                     |
| E-MAIL:                          |                  |                       | TELEFONO: 0                 |
| ASEGURADO: COOMEVA EPS S.A.      |                  |                       | C.C. o NIT: 805000427 1     |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 0              |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS |                  |                       | C.C. o NIT: 0000001         |
| DIRECCION:                       |                  |                       | CIUDAD: TEL. 1              |

| VIGENCIA         |                  | VALOR ASEGURADO |                                          |
|------------------|------------------|-----------------|------------------------------------------|
| DESDE 01-08-2015 | HASTA 01-08-2016 | ANTERIOR        | ESTA MODIFICACION NUEVA 2,500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO |                              | COASEGURO |   | PRIMA      |                 |
|---------------|------------------------------|-----------|---|------------|-----------------|
| % DAPT        | NOMBRE                       | COMPANIA  | % | PRIMA      | VALOR ASEGURADO |
| 100.          | DELIMA MARSH S.A. CORREDORES | TOTAL     |   |            |                 |
|               |                              |           |   | MONEDA     | PESOS           |
|               |                              |           |   | PRIMA NETA | 369,517,000.00  |
|               |                              |           |   | GAST.EXPED |                 |

ANEXO DEL INFORME DE SINIESTRALIDAD FACILITADO POR EL ASEGURADO

| AMPAROS                                                        | VIGENCIA   |            | VALOR ASEGURADO<br>NUEVO | VALOR PRIMA    | DEDUCIBLE |            |
|----------------------------------------------------------------|------------|------------|--------------------------|----------------|-----------|------------|
|                                                                | Desde      | Hasta      |                          |                | %         | Mínimo     |
| Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales y otros | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 2,500,000,000.00         | 369,517,000.00 | 10        | 9,000,000. |
| Predios, Labores y Operaciones - Vigencia                      | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 2,500,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Predios, Labores y Operaciones - Evento                        | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 2,500,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Gastos Médicos - Vigencia                                      | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 750,000,000.00           |                |           |            |
| Gastos Médicos - Evento                                        | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 750,000,000.00           |                |           |            |
| Daño Moral - Vigencia                                          | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Daño Moral - Evento                                            | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Lucro Cesante - Vigencia                                       | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Lucro Cesante - Evento                                         | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        | 7,000,000. |
| Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia                        | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        |            |
| Gastos Judiciales de Defensa - Evento                          | 01-08-2015 | 01-08-2016 | 1,250,000,000.00         |                | 10        |            |

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. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERÁ HACER A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA. LAS CARATULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. 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. CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS INTAMENTE 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 MODIFICACIONES 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 OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A. EN TODO 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.

LOS PAGOS EN DÓLARES SOLO SE RECIBEN MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE.

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

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

RES. DIAN NO. 310000072366 15-08-2013

NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100.000

NUMERACION HABILITADA DE SEG: 001334 AL 100.000

CODIGO DE ACTIVIDAD 6511

SU-FO-10-01

TOMADOR

U2G71XHH

12-08-2015

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA  
DIRECCION PARA NOTIFICACIONES:  
Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE



**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 3620467629423813**

Generado el 16 de julio de 2019 a las 17:00:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1785 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL:** COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, pudiendo utilizar la sigla SEGUROS CONFIANZA S.A.

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 1363 del 04 de junio de 1979 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S. A. CONFIANZA

Escritura Pública No 2504 del 27 de junio de 1995 de la Notaría 36 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, sigla CONFIANZA S.A.

Escritura Pública No 2534 del 30 de junio de 2000 de la Notaría 31 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). la sociedad tendrá su domicilio principal en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 598 del 21 de abril de 2016 de la Notaría 35 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social de COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, por COMPAÑÍA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. CONFIANZA, pudiendo utilizar la sigla SEGUROS CONFIANZA S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 7220 del 23 de diciembre de 1981

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** El Presidente será designado por la Junta Directiva, El Presidente será el representante legal principal de la Sociedad. La Sociedad tendrá dos (2) representantes legales suplente designados por la Junta Directiva de entre aquellos empleados que ocupen cargos de vice-presidente o superiores o secretario general, de acuerdo con lo estipulado por la ley. Los representantes legales suplentes actuarán como sustitutos del Presidente en caso de ausencia temporal o absoluta del mismo y cuando actúen como tal, los representantes legales suplentes tendrán todas las atribuciones del Presidente y estarán sujetos a todas las restricciones del mismo. La Junta Directiva podrá, en cualquier momento, remover al Presidente y los representantes legales suplentes, en sus respectivas funciones bajo tales calidades. Todos los demás ejecutivos de la Sociedad serán escogidos por el Presidente e incluirán un Secretario General, uno o más Vice-Presidentes, Gerente, Directores (a diferencia de los miembros de la Junta Directiva) y demás funcionarios y empleados. Cualquier número de cargos podrá ser ejercido por la misma persona a menos que se establezca lo contrario en la ley o en estos Estatutos. Los Ejecutivos de la sociedad no tienen que ser Accionistas. La Sociedad tendrá representantes legales exclusivamente para atender asuntos judiciales, administrativos y juicios fiscales, específicamente para asistir, a juicio del Presidente, a las audiencias y diligencias judiciales, administrativas y de juicios fiscales a las cuales sea citada la Sociedad, con las limitaciones establecidas en este artículo. Serán representantes legales para asuntos judiciales, administrativos y juicios fiscales en los las personas que designe la Junta Directiva que sean necesarias y los mismos tendrán facultades de hasta mil (1000) salarios mínimos mensuales vigentes. Sujeto a los términos, condiciones y limitaciones impuestas por estos Estatutos y cualquier otro término, condición o limitación que pueda ser establecida por la ley, la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva, las atribuciones del Presidente serán: a) Ejecutar, manejar y supervisar los negocios de la Sociedad. b) Representar a la Sociedad ante los Accionistas, terceras



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3620467629423813

Generado el 16 de julio de 2019 a las 17:00:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

partes y cualquier autoridad administrativa o gubernamental. c) Asegurar que la Sociedad ejecute y cumpla con sus obligaciones contractuales, de acuerdo con la ley aplicable; estos Estatutos y las resoluciones de la Junta Directiva y de la Asamblea General de Accionistas. d) Ejecutar en nombre de la Sociedad actos, acuerdos y operaciones por montos que no sobrepasen COP \$10.000.000.000 (entendiéndose que para cualquier acto, acuerdo y operación que sobrepase este límite deberá solicitar la autorización de la Junta Directiva según lo estipulado en la Sección 8.15). e) Ejecutar, sujeto a las limitaciones de atribuciones aquí establecidas, todas las pólizas, hipotecas, contratos y demás instrumentos de la Sociedad, excepto cuando se requiera que estos sean firmados y ejecutados por otros según la ley y excepto cuando otros ejecutivos de la Sociedad puedan firmar y ejecutar documentos cuando así los autoricen estos Estatutos, la Junta Directiva o el Presidente. f) Designar uno o más Vice-Presidentes. g) Aceptar las renunciaciones de los empleados y decidir sobre su remoción cuando estos hayan incumplido con el Reglamento Interno de Trabajo, los Manuales de Procedimientos o las instrucciones establecidas por las directivas de la Sociedad, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el Régimen Laboral Colombiano. h) Presentar para aprobación de la Junta Directiva las cuentas, estados financieros, presupuesto de gastos, inventarios y cualquier otro asunto cuya responsabilidad deba ser compartida con la Junta Directiva. i) Presentar un informe escrito explicativo para que sea entregado por la Junta Directiva a la Asamblea General de Accionistas. j) Presentar el Reglamento Interno de Trabajo de la Sociedad para aprobación de la Junta Directiva. k) Apoderar y delegar autoridad específica a apoderados judiciales y extra-judiciales de la Sociedad. l) Convocar a la Junta Directiva cuando quiera que lo considere conveniente o necesario, manteniendo a la misma informada sobre el desempeño de la Sociedad. m) Informar sobre actividades comprobadas de su desempeño cuando esto sea requerido por la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva y al final de cada año fiscal de la Sociedad y cuando él o ella presente su renuncia. n) Contratar o despedir a los empleados de la Sociedad. o) Desempeñar las demás funciones y ejercer las demás atribuciones que ocasionalmente le puedan ser asignadas por estos Estatutos o la Junta Directiva (Escritura Pública No. 1614 del 19/09/2014 Notaría 35 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                    | IDENTIFICACIÓN  | CARGO                                       |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| Luis Alejandro Rueda Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 20/10/2008   | CC - 79435025   | Presidente                                  |
| Sandra Liliana Serrato Amortegui<br>Fecha de inicio del cargo: 24/12/2014 | CC - 39784501   | Primer Suplente del Presidente              |
| Samuel Rueda Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 30/08/2002               | CC - 5552706    | Segundo suplente del Presidente             |
| Martha Cecilia Cruz Álvarez<br>Fecha de inicio del cargo: 09/10/2003      | CC - 51644144   | Representante legal para Asuntos Judiciales |
| Diana Yamile García Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016    | CC - 1130624620 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Ivonne Gissel Cardona Ardila<br>Fecha de inicio del cargo: 25/06/2012     | CC - 52903237   | Representante Legal para Fines Judiciales   |
| Mónica Liliana Osorio Gualteros<br>Fecha de inicio del cargo: 25/06/2012  | CC - 52811666   | Representante Legal Fines Judiciales        |
| Jessika González Moreno<br>Fecha de inicio del cargo: 28/01/2008          | CC - 52220613   | Representante Legal Fines Judiciales        |
| Claudia García Echeverri<br>Fecha de inicio del cargo: 28/01/2008         | CC - 52283101   | Representación Legal Fines Judiciales       |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Cumplimiento, Responsabilidad civil, Todo riesgo para contratistas.





**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 3620467629423813**

Generado el 16 de julio de 2019 a las 17:00:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 2786 del 14 de diciembre de 1994 Vida Grupo.

Resolución S.B. No 839 del 25 de agosto de 1997 Accidentes personales.

Resolución S.F.C. No 1035 del 29 de junio de 2011 revoca la autorización concedida a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza para operar los ramos de Seguros de Vida Grupo y Accidentes Personales, confirmada con resolución 1954 del 01 de noviembre de 2011.

Resolución S.F.C. No 0385 del 08 de abril de 2016 Autoriza para operar los ramos de incendio, terremoto, sustracción, corriente débil, lucro cesante y montaje y rotura de maquinaria.

Resolución S.F.C. No 0043 del 18 de enero de 2019 Autoriza para operar el ramo de seguro de transporte.

Resolución S.F.C. No 0866 del 03 de julio de 2019 Autoriza para operar el ramo de seguro de vida grupo.

*Maria Catalina E. C. Cruz García*

**MARÍA CATALINA E. C. CRUZ GARCÍA  
SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



17-JUL-'19- 2:49PM

JDO-2-ADN-CTA-GIRARDOT

Respetado

**DR. JUAN FELIPE CASTAÑO RODRÍGUEZ**

**JUEZ SEGUNDO (2) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.**

**E.**

**S.**

**D.**

**Referencia:**

*REPARACIÓN DIRECTA DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS  
EN CONTRA DE MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ- ESE  
HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ Y OTROS*

**Radicación:**

253073333002-2018-00362-00

**Asunto:**

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A SEGUROS DEL ESTADO

El suscrito apoderado **Juan Pablo Morantes Acuña**, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con cédula No. 80.170.972 expedida en Bogotá, tarjeta profesional No. 223.013 del C.S de la J., en calidad de apoderado de la sociedad **Coomeva EPS SA**, con domicilio principal en la ciudad de Cali, identificada con Nit. No. 805.000.427-1, conforme el poder otorgado por el Gerente Regional Centro Oriente, el señor Juan Guillermo de la Hoz Tobón, domiciliado en la ciudad de Bogotá e identificado con cédula No. 3.182.836 de Bogotá, conforme certificados de existencia y representación legal que obran en los anexos de la contestación de la demanda; procedo **a llamar en garantía** a la **Seguros del Estado**, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca), identificada con Nit. No. 860.009.174-4, conforme los hechos y consideraciones que se exponen a continuación:

**I. Hechos**

1. Entre el ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ y COOMEVA EPS SA, se suscribió contrato de contratos de servicios de salud modalidad pago por evento No. EPS-CO-25290-011-2014 con una vigencia inicial de dicho contrato fue del 1 de enero de 2015 al 31 de enero del 2015, la que se prorrogó hasta el 12 de mayo de 2016.
1. En atención al contrato la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, suscribió póliza No. 17-03-101000972 expedida por Seguros del Estado, con vigencia de 02 de mayo de 2015 al 2 de mayo de 2016, cuyos beneficiarios son los TERCEROS AFECTADOS, cuyo amparo es amparar la responsabilidad civil profesional derivada de los servicios de salud prestados por la entidad a sus afiliados y beneficiarios y el tomador es ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ.
2. COOMEVA EPS SA, fue notificada del proceso verbal de responsabilidad civil interpuesto por Diana Marcela Baquero y otros, de Reparación directa en contra ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, COOMEVA EPS S.A y otros, mediante la cual pretende que mí representada pague solidariamente lo correspondiente a perjuicios morales, demanda que cursa ante el Juzgado segundo (2) Administrativo del Circuito de Girardot, bajo el radicado 25307-33-33-002-2018-00362-00.



- 91
3. En tales circunstancias la Seguros del Estado S.A., llamada en garantía debe hacer parte dentro del proceso en virtud de la póliza No. 17-03-101000972, con vigencia del 02 de mayo de 2015 al 2 de mayo de 2016.
  4. Beneficiarios son los usuarios que son TERCEROS AFECTADOS, en donde se estipula en lo riesgos amparados errores u omisiones, y la tomadora es la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, en donde fue atendido el menor David Santiago Vivas Baquero.

## II. Petición

Con base en los hechos expuestos y el fundamento de derecho consagrado en el artículo 225 del CPACA y artículo 64 de CGP, llamó en garantía a Seguros del Estado, para que se profieran las siguientes condenas:

- Una vez resuelto el litigio planteado por la parte demandante y en caso de una eventual condena en contra de las demandadas, la llamada en garantía Seguros del Estado, proceda con el pago de las condenas en atención a la póliza suscrita con la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, y en virtud de la cual los beneficiarios son los terceros afectados.

## III. Solicitud Especial

Con fundamento en el Art. 18 de la Ley 712 de 2001, solicito que Seguros del Estado, aporte copia autentica de la póliza de seguros No. 17-03-101000972, junto con sus anexos, en virtud de la cual se contrató el amparo de errores u omisiones, entre otros.

## IV. Fundamentos de Derecho:

El fundamento del presente llamamiento es el artículo 225 del CPACA que indica:

*"Quien afirme tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación".*

En este caso, el fundamento que sirve de base para el llamamiento en garantía es de carácter contractual con la ESE HOSPITAL DE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, y resultan aplicables las normas del contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio y, de manera subsidiaria, el régimen general de las obligaciones contenido en el Código Civil.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa es necesaria la intervención de la llamada en garantía en atención al principio de economía procesal y a efectos de la misma, en atención a la póliza mencionada, proceda a amparar las eventuales condenas que en el presente evento puedan suscitarse en virtud de las pretensiones de la demanda interpuesta por parte de Diana Milena Baquero Medina y otros.



80 /

Por otro lado, es necesario que la llamada en garantía ejerza su legítimo derecho de la defensa dentro del presente asunto teniendo en cuenta que la eventual sentencia puede generar obligaciones a cargo de dicha aseguradora, sin cuya participación en el presente proceso podría configurarse una nulidad.

#### V. Pruebas:

Para demostrar la relación contractual con la llamada en garantía solicito se tengan como pruebas las siguientes:

- **Documentales en poder de la llamada en garantía para que los aporte al momento de comparecer al proceso:**

Respetuosamente solicito a su despacho se requiera a la llamada en garantía, para que aporte copia autentica de la póliza de seguros No. 17-03-101000972, junto con sus anexos, en virtud de la cual se contrató el amparo de errores u omisiones, entre otros.

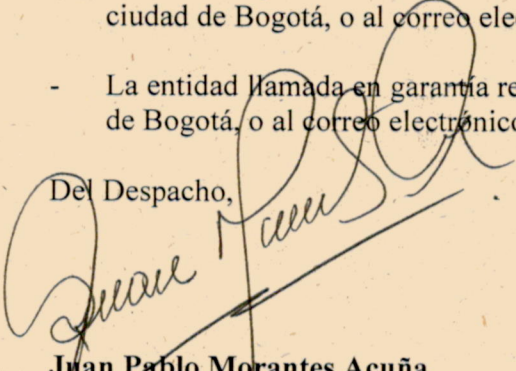
- **Documentales:**

1. Copia simple de la póliza de seguros No. 17-03-101000972, junto con sus anexos, en virtud de la cual se contrató el amparo de errores u omisiones, entre otros.
2. Certificado de existencia y representación legal de Seguros del Estado.

#### VI. Notificaciones

- COOMEVA EPS recibirá notificaciones judiciales en la siguiente dirección: carrera 100 No. 11- 60, Local 250, en la ciudad de Cali. O electrónicamente al siguiente correo: [correoinstitucionaleps@coomeva.com.co](mailto:correoinstitucionaleps@coomeva.com.co)
- El suscrito apoderado lo hará en la siguiente dirección: Carrera 19 A No. 78 - 80 Piso 4, en la ciudad de Bogotá, o al correo electrónico: [juan\\_morantes@coomeva.com.co](mailto:juan_morantes@coomeva.com.co)
- La entidad llamada en garantía recibirá notificaciones en la Carrera 11 # 90 - 20 de la ciudad de Bogotá, o al correo electrónico: [contactenos@segurosdelestado.com](mailto:contactenos@segurosdelestado.com)

Del Despacho,

  
**Juan Pablo Morantes Acuña**  
C.C. No. 80.170.972 de Bogotá,  
T.P No. 223.013 del C.S de la J.



fusagasuga.


**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
CLINICAS Y HOSPITALES**

|                                                                          |                                                                                                                       |                                        |                                                                                                                      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| CIUDAD DE EXPEDICIÓN<br>BOGOTÁ, D.C.                                     | SUCURSAL<br>CORREDORES                                                                                                | TIPO DE MOVIMIENTO<br>EMISIÓN ORIGINAL | POLIZA No.<br>17-03-101000972                                                                                        | ANEXO No.<br>0           |
| TOMADOR<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA   |                                                                                                                       |                                        | NIT                                                                                                                  | 890.680.025-1            |
| DIRECCIÓN<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              |                                                                                                                       |                                        | CIUDAD                                                                                                               | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA |                                                                                                                       |                                        | NIT                                                                                                                  | 890.680.025-1            |
| DIRECCIÓN<br>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA                              |                                                                                                                       |                                        | CIUDAD                                                                                                               | FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                                       |                                                                                                                       |                                        | NIT                                                                                                                  | 0-0                      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN<br>(d-m-a)<br>11 / 05 / 2015                         | VIGENCIA SEGURO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2015<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2016 |                                        | VIGENCIA ANEXO<br>DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2015<br>HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>02 / 05 / 2016 |                          |
| INTERMEDIARIO<br>GENTIL CAICEDO CARDOZO                                  | CLAVE<br>963351                                                                                                       | % PARTICIPACIÓN<br>100.00              | COMPañIA                                                                                                             | COASEGURO CEDIDO         |
|                                                                          |                                                                                                                       |                                        | % PARTICIPACIÓN                                                                                                      |                          |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

| DESCRIPCION           | AMPARCOS                                                                 | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLIMITE         |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|-------------------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES                                                      | \$ 700.000.000.00 |         | \$ 700.000.000.00 |
| DEDUCIBLES:           | 5.00 A EL VALOR DE LA PERDIDA - MINIMO 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES |                   |         |                   |

OBJETO DE LA POLIZA:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA ENTIDAD A SUS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.

|                       |                        |                |                       |
|-----------------------|------------------------|----------------|-----------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****700.000.000.00 | PRIMA:         | \$ *****14.000.000.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****2.240.000.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****16.240.000.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414545 - BOGOTÁ, D.C.

 Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)


(415) 7709998021167 (5020) 11003105210111 (3900) 000016240000 (02) 20130616

 REFERENCIA  
PAGO:  
1100310521011-1

17-03-101000972

FIRMA AUTORIZADA

MAGNOLIA ALZATE

CLIENTE

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

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA - NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGÚN CONCEPTO - RESPONSABILIDAD CIVIL REGIMEN COMÚN





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT 860.009.578-6 **POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**CLINICAS Y HOSPITALES**

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO                                             | POLIZA No.      | ANEXO No.     |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| CORREDORES   | EMISION ORIGINAL                                               | 17-03-101000972 | 0             |
| TOMADOR      | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA    | NIT             | 890.680.025-1 |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8676108       |
| ASEGURADO    | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA    | NIT             | 890.680.025-1 |
| DIRECCION    | TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8672900       |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                                             | NIT             | 0-0           |

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

MEDICOS GRUPO A 10, DEMAS MEDICOS GRUPO A 42, ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS 81, AUXILIARES DE ENFERMERIA 32, JEFEES 5  
PARAMEDICOS 45 Y CNAS 25.

GASTOS DE DEFENSA 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

OBJETO DEL SEGURO: cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestacin de servicios de salud.

Raza de cobertura: siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente piza

AMPAROS:

a responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la piza derivada de la posesin y el uso de aparatos y tratamientos mdicos con fines de diagnstico o teraputicos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estn reconocidos por la ciencia mdica.

La cobertura comprende tambin la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (plo) por daos materiales o daos personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrollan las actividades propias de la profesin mdica materia de este seguro. Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por daos personales ocurridos durante la vigencia de la piza consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales mdicos, quirrgicos o dentales, siempre y cuando el suministrador sea parte necesaria de la prestacin del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisin directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes.

VALOR ASEGURADO: \$700.000.000 Evento / Vigencia

SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA: hasta \$10.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

EXCLUSIONES:

Daos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesin mdica con fines diferentes al diagnstico o a la teraputica. En caso de la ciruga plstica o esttica, solamente se otorga en los casos de ciruga reconstructiva posterior a un accidente y de ciruga correctiva de anomalas conginitas.

Daos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesin mdica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.

Daos causados por la prestacin de servicios por personas que no estn legalmente habilitadas para ejercer la profesin o no cuentan con la respectiva autorizacin o licencia otorgada por la autoridad competente.

Reclamaciones por daos causados por la prestacin de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohlicas o narcoticas.

Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o cientficas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la piza y a riesgos de infeccin o contagio con enfermedades o agentes patgenos.

Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales

Reclamaciones de personas que tienen una relacin laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.

Daos (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extraccin, transfusin y/o conservacin de sangre o plasma sanguneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisicin, transmisin o contagio del sndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Reclamaciones por daos relacionados directa o indirectamente con el sida, virus del tipo VIH, hepatitis B.

Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocacin de un embarazo o de una procreacin.

Reclamaciones derivadas de daos o perjuicios que no sean consecuencia directa de un dao personal o material, causado por el tratamiento de un paciente.

perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisin de dictmenes periciales, violacin de secreto profesional.

En el caso de odontlogos y ortodoncistas, reclamaciones por daos causados por la aplicacin de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clinica o un hospital acreditado para dicho fin.

Reclamaciones por actos mdicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

Reclamaciones por daos genticos

Reclamaciones por organismos patognicos (hongos u hongos sus esporas, bacterias, algas, mico toxinas y cualquier otro producto metablico, enzimas, protenas segregadas por las anteriores, bien sea txicas no.)

Reclamaciones por daos morales

Prdidas patrimoniales puras: incluyendo pero no limitadas a prdidas de utilidades, prdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesin corporal o un dao a la propiedad amparado por esta piza.

Reclamaciones por enfermedades profesionales

Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atencin mdica.

CARANTAS:

Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacin 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.

5.5 DEDUCTIBLES: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINTMO 3 \$MILEV



**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 2269004797310546**

Generado el 16 de julio de 2019 a las 19:38:26

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1765 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, período que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2269004797310546

Generado el 16 de julio de 2019 a las 19:38:26

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se regirá por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaría 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                      | IDENTIFICACIÓN | CARGO                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Jorge Arturo Mora Sánchez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/10/1991          | CC - 2924123   | Presidente                      |
| Humberto Mora Espinosa<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017             | CC - 79462733  | Primer Suplente del Presidente  |
| Jesús Enrique Camacho Gutiérrez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017    | CC - 17093529  | Segundo Suplente del Presidente |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017 | CC - 52158615  | Tercer Suplente del Presidente  |
| Alvaro Muñoz Franco<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017                | CC - 7175834   | Cuarto Suplente del Presidente  |





**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 2269004797310546**

Generado el 16 de julio de 2019 a las 19:38:26

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

| <b>NOMBRE</b>                                                             | <b>IDENTIFICACIÓN</b> | <b>CARGO</b>                                |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| July Natalia Gaona Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 03/12/2013         | CC - 63558966         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Felipe Carvajal Dysidoro<br>Fecha de inicio del cargo: 24/02/2015    | CC - 93239897         | Representante Legal Para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina<br>Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016  | CC - 16073822         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Hernando Gómez Marín<br>Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016             | CC - 70038875         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Martíá Hernández<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016  | CC - 28559781         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios<br>Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016       | CC - 80420757         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018 | CC - 79982889         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013   | CC - 79626122         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011  | CC - 98561859         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Piedad Cristina Correa<br>Fecha de inicio del cargo: 05/07/2019           | CC - 26201447         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011  | CC - 34566992         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011             | CC - 66996315         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019      | CC - 37324800         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019             | CC - 79285281         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019           | CC - 79443951         | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal<br>Fecha de inicio del cargo: 15/11/2018  | CC - 52582664         | Quinto Suplente del Presidente              |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios

*Maria Catalina E. C. Cruz García*

**MARÍA CATALINA E. C. CRUZ GARCÍA  
SECRETARIO GENERAL AD-HOC**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 2269004797310546**

Generado el 16 de julio de 2019 a las 19:38:26

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**





gu/

**PROCESO REPARACION DIRECTA-2018-362 CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA P**

FUNDACION SER JURIDICO POPULAR DRA. LINA GUTIERREZ

&lt;fsjpabogadalinagutierrez@gmail.com&gt;

Vie 07/02/2020 16:01

Para: Juzgado 02 Administrativo - Cundinamarca - Girardot &lt;jadmin02gir@cendoj.ramajudicial.gov.co&gt;

📎 5 archivos adjuntos (2 MB)

Llamamiento en Garantia HERNAN PEREZ.pdf; CONTESTACIÓN DEMANDA HERNAN.pdf; certificado banco.pdf; HOJA DE VIDA SEPT 2016.doc; poliza.pdf;

Buenas tardes

Con la presente me permito remitir en archivo adjunto los memoriales que corresponden a la contetación de la demand y llamamiento en garantia, que se presentan dentro del proceso de reparacion directa -2018-362 presentado por DIANA MILENA BAQUERO MEDINA y otros contra el HERNAN PEREZ Y OTROS.

Cordial saludo

--

Lina Rocío Gutiérrez Torres

Abogada- Derecho Privado- Seguridad Social- Responsabilidad Médica

Telefono:3004846949

Correo:fsjpabogadalinagutierrez@gmail.com





GUTIÉRREZ ROJAS

Señores

Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Girardot

E. S. D.

**CLASE DE PROCESO:** ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA.

**DEMANDANTE:** DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS (en adelante el "Demandante")

**DEMANDADO:** HERNÁN PÉREZ MUÑOZ Y OTROS (en adelante el "Demandado")

**RADICADO:** 25307-33-33-002-2018-00362-00

Lina Rocío Gutiérrez Torres, identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.489.180 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 90.961 del C.S.J., actuando en mi calidad de apoderada del Doctor **Hernán Pérez Muñoz**, estando dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA a SEGUROS DEL ESTADO S.A.** (en adelante la "COMPAÑÍA ASEGURADORA"), compañía aseguradora identificada con N.I.T. No. 860.009.578-6, para que en virtud de póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016, ampare, el cumplimiento de sus obligaciones contractuales con mi mandante, cualquier obligación que eventualmente resulte para mi mandante en favor del demandado como consecuencia del proceso de la referencia. Lo anterior procede en los términos que se exponen a continuación.

### I. HECHOS

**Primero:** El señor Hernán Pérez Muñoz, suscribió con la compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A. un contrato de seguro que ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Demandado, el veintiocho (28) de octubre de 2015, siendo el señor Pérez asegurado de dicha garantía y expidiéndose así la póliza No. 33-03-101012846 anexo 0 (tal y como consta en el **Anexo No. 1**), u cuyo objeto asegurado estableció:

*"Ampara la responsabilidad civil del profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza, como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir mientras ejerce su actividad como medico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando este legalmente habilitado para hacerlo y que sean ocurridos dentro del periodo en donde preste sus servicios únicamente."*

**Segundo:** La póliza número 33-03-101012846 anexo 0, tenía una vigencia desde el veintinueve (29) de octubre de dos mil quince (2015) hasta el veintinueve (29) de octubre de dos mil dieciséis (2016), y en su clausulado de condiciones generales estableció:

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496308 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576412 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIERREZ ROJAS

| TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RIESGO 1: ... Continuación ...<br>AMPAROS:<br>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCIÓN O OMISIÓN EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.<br>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS O OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, PARAMEDICA, MÉDICO AUXILIAR, ENFERMERÍA, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIÓN DEL ASEGURADO.<br>LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DERIVADA DE LA POSESIÓN Y USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, EN CUANTO DICHO APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.<br>LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIÉN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ABRILINDO O INFRINGIENDO DE LOS DERECHOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN MÉDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.<br>SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MÉDICOS, QUÍMICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAYAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.<br>GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUJETADOS AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.<br>DESCUENTO: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.<br>EXCLUSIONES:<br>-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA, EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.<br>-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.<br>-DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGITIMAMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.<br>-RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.<br>-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERCAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE DAÑOS O RADIACIONES PROVIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTACTO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.<br>-RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.<br>-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTEN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.<br>-DAÑOS DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES QUE TIENAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TIENAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSFERENCIA O CONTACTO DEL SANGRE DE UN DONANTE CON UN RECIPIENTE (SISA).<br>-RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, ESPERITIS B.<br>-RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INSUFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO QUÉBRANTO SEA EL IMPEDIMENTO O LA FOMOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.<br>-RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INDEBIDOS, EMISIÓN DE DECLARACIONES PERICIALES, VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL.<br>-EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ODONTÓLOGAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O SIEMPRE 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.<br>-RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.<br>-RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.<br>-RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLÓGICOS.<br>-RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATÓGENOS (MICO O BACTERIOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTRIFAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEÍNAS SECRETADAS POR LAS ANTERIORES, SIN SEA TÓXICAS O NO).<br>-PÉRDIDAS PATRIMONIALES, PUNAS, INCLUIDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDAS DE UTILIDADES, PÉRDIDAS DE RENTAS O LUCRO CORRIENTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.<br>-RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES.<br>-RECLAMACIONES POR ENTENDEDORES PROFESIONALES.<br>-RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.<br>PARANTEA: |

**Tercero:** Se encuentra en curso ante el despacho en referencia acción de Reparación Directa siendo mi poderdante uno de los demandados, escrito de demanda que solicito como consecuencia de la acción la reparación el resarcimiento de los perjuicios morales subjetivos acaecidos por la desafortunada muerte del menor **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERA** con ocasión a la aparente negligencia en la atención en salud realizada en las instalaciones del Hospital San Rafael de Fusagasugá desde el día 3 al 11 de abril del 2016. La COMPAÑÍA ASEGURADORA, en virtud de la póliza No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de octubre de 2016, deberá pagar al Demandante la suma de dinero que se llegare a declarar condena en contra del Demandado y a favor del Demandante, en calidad de beneficiario del contrato de seguro.

**Tercero:** La póliza No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016, opera bajo la modalidad de reclamación por riesgo de **PEDIATRIA**, lo cual significa que la obligación de la aseguradora de hacer efectivo el pago respecto de los riesgos amparados, surge al momento de la reclamación y no al momento de la ocurrencia del hecho, en este orden de ideas, **RESULTA PROCEDENTE EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** para la vigencia señalada en La póliza No. 33-03-101012846 (**Anexo No. 0**) que comprende desde el día veintinueve (29) de octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de octubre de 2016,

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIERREZ ROJAS

sin perjuicio de que haya lugar a la afectación de vigencias anteriores o las renovaciones si es el caso.

**Cuarto:** En la póliza No. 33-03-101012846 anexo 0 del contrato de seguro (**Anexo No. 1** objeto del presente llamamiento en garantía, se señalan las siguientes condiciones de aseguramiento:

**VIGENCIA:** desde el 29/10/2015 hasta el 29/10/2016.

**VALOR ASEGURADO:** trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00).

**AMPAROS CONTRATADOS:** se señala expresamente la cobertura de responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir mientras ejerce su actividad como médico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando esté legalmente habilitado para hacerlo y que sean ocurridos dentro de los predios en donde preste sus servicios únicamente, con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00) y daños extra patrimoniales con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP \$350.000.000.00).

**BENEFICIARIOS:** terceros afectados.

**MODALIDAD DEL SEGURO:** póliza bajo la modalidad de Riesgo 1 Errores u Omisiones en la Actividad de Médico Cirujano con Especialización en Pediatría.

**RETROACTIVIDAD:** Octubre veintiocho (28) de 2015.

**Quinto:** El día 8 de abril de 2016, el paciente menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERA, recibió atención por parte del Demandado, fecha comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

## II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho del presente llamamiento en garantía invoco las siguientes normas:

### (i) Artículo 4 ley 389 de 1987:

"ARTICULO 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años."

**(ii) Artículo 64 Código General del Proceso.**

**(ii) El contrato de seguro de responsabilidad civil profesional con póliza No. 33-03-101012846, con vigencia desde el día veintiocho (28) de Octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016 y su clausulado de condiciones generales (Anexo No. 0).**

**III. PETICIÓN**

De acuerdo con los motivos de hecho y de derecho señalados en el presente llamamiento en garantía y en el evento de que se llegare a establecer algún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, y en virtud de ellos se condenare a la misma al pago de una indemnización patrimonial y/o extra patrimonial a favor del Demandante, se solicita al Despacho:

**Primero.** Ordenar a la COMPAÑÍA ASEGURADORA, pagar el monto de la condena en la cuantía que le corresponda al Demandado, a favor del demandante, de conformidad con los términos del contrato de seguro y la póliza mencionados anteriormente.

**Segundo:** De llegar a efectuarse algún pago por parte del Demandado a favor de la Demandante, en virtud de la condena que hipotéticamente se llegare a imponer, se ordene a la COMPAÑÍA ASEGURADORA, reembolsar dicho valor al Demandado.

**IV. SOBRE LAS PRUEBAS**

**1. DOCUMENTALES:**

1.1. Copia de Certificado de Emisión de la Póliza No. 33-03-101012846 anexo 0, con vigencia desde el día veintinueve (29) de Octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016 y su clausulado de condiciones generales (**Anexo No. 1**).

1.2. Copia de Certificado de Existencia y Representación legal de la COMPAÑÍA ASEGURADORA (**Anexo No. 2**)

**V. ANEXOS**

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

- Lo señalado en las pruebas documentales.

## VI. NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales, en el presente proceso:

- (a) Hernán Pérez Muñoz, en la dirección: Calle 151A # 45-60. Entrada 2. Apto 402, Conjunto Riviera Norte, de la ciudad de Bogotá
- (b) La suscrita apoderada en la carrera 48 No. 150 A – 63 al correo electrónico [linarociogt@hotmail.com](mailto:linarociogt@hotmail.com) al celular 300740 0071.
- (c) El llamado en garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A., podrá ser notificada en la dirección Carrera 11 No. 90-20 en Bogotá, el correo electrónico [siniestros.multiriesgos@segurosdelestado.com](mailto:siniestros.multiriesgos@segurosdelestado.com)

Del Honorable Señor Juez,

**Lina Rocío Gutiérrez Torres**  
C.C. 63.489.180 de Bucaramanga  
T.P. 90.961 C. S de la J.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

Señores

Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Girardot

E. S. D.

**CLASE DE PROCESO:**

ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

**DEMANDANTES:**

DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS (en adelante el "Demandante")

**DEMANDADO:**

HERNÁN PÉREZ MUÑOZ Y OTROS (en adelante el "Demandado")

**RADICADO:**

25307-33-33-002-2018-00362-00

Lina Rocío Gutiérrez Torres, identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.489.180 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 90.961 del C.S.J., actuando en mi calidad de apoderada del Doctor **Hernán Pérez Muñoz**, conforme al poder que se aportó a su Despacho el día 19 de diciembre de 2019, fecha en la cual se presente solicitud de nulidad por indebida notificación, estando dentro de la oportunidad procesal correspondiente, acudo ante su despacho para **CONTESTAR LA DEMANDA DE LA REFERENCIA** en los siguientes términos:

#### PRONUNCIAMIENTO INICIAL

Debemos iniciar por manifestar que he sido informada por mi poderdante Dr. Hernán Pérez Muñoz, que su vinculación con el Hospital San Rafael de Fusagasuga E.S.E, es por la prestación de servicios de Urgencia Pediátrica, en principio 2 veces al mes, o cuando lo requiere la IPS, es decir, su vinculación es esporádica, por tal razón no fue notificado de forma efectiva en el presente proceso, razón por la cual una vez se conoció de la presentación y admisión de la demanda se presentó el correspondiente incidente de Nulidad.

Igualmente, y conforme a lo manifestado, mi poderdante solo valoró al paciente David Santiago Vivas Baquero, en una única oportunidad, cuando sus síntomas no generaban ninguna señal de la alarma, por lo cual fue evolucionado acorde con el protocolo médico.

#### I. SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

De conformidad con lo manifestado por el demandado, me permito pronunciarme respecto de los hechos de la demanda en los siguientes términos, siguiendo la numeración propuesta por la parte Demandante:

**Hecho 3.1. No nos consta.** Nos atenemos a la prueba idónea sobre este hecho, esto es, los registros civiles de nacimiento, mediante los cuales se acredite los lazos de consanguinidad.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

**Hecho 3.2. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.3. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.4. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.5. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.6. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.7. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.8. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.9. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso, con la prueba idónea para tales efectos que sería la historia clínica de la Clínica Chía.

**Hecho 3.10. Es cierto,** tal y como se evidencia en la historia clínica y como se probará en el proceso el paciente ingresa al Hospital San Rafael de Fusagasugá el día 3 de abril de 2016, siendo valorado por los médicos de turno del hospital San Rafael E.S.E., quienes ordenan hospitalizar y realizan el tratamiento consignado en la historia clínica. El día 8 de abril de 2016 (cinco días después del ingreso) el Dr. Hernán Pérez Muñoz valoró al paciente encontrando una evolución clínica favorable, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, con suplencia de oxígeno de 0.5 litros, con mejoría del tono de piel, más despierto, y se consideró continuar con igual manejo médico. Sobre este punto vale la pena resaltar que como se evidencia en la historia clínica y como se proba en el proceso la única atención que realizó mi poderdante fue brindada con oportunidad, pertinencia y racionalidad técnico científica, el enfoque clínico y el manejo médico se encuentra sustentado y obedece a la patología presentada por el paciente.

**Hecho 3.11. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.12. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.13. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.14. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.15. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

**Hecho 3.16. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.17. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.18. No nos consta.** Me atengo a lo que resulte probado en el proceso.

**Hecho 3.19. Es cierto.** Así se evidencia en la constancia expedida por la Procuradora 50 Judicial para Asuntos Administrativos II de la Procuraduría General de la Nación que se aporta con la demanda.

**Hecho 3.20. Es cierto.** Así se evidencia en la constancia expedida por la Procuradora 50 Judicial para Asuntos Administrativos II de la Procuraduría General de la Nación que se aporta con la demanda.

**Hecho 3.21. Es cierto.** Así se evidencia en la constancia expedida por la Procuradora 50 Judicial para Asuntos Administrativos II de la Procuraduría General de la Nación que se aporta con la demanda.

## II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

No oponemos a todas las pretensiones de la demanda, toda vez que el **Dr. Hernán Pérez Muñoz**, actuó conforme con la *lex artis*, con la capacidad médica y tecnológica de acuerdo con su nivel de atención, por lo que no hay ningún actuar culposo que pueda endilgarse al mismo. El Demandante carece de causa real para interponer la acción que nos ocupa en el presente caso, toda vez que la atención médica recibida del Demandado fue apropiada de acuerdo con el estado de salud del menor **David Santiago Vivas Baquera** en el momento en que fue valorado y la desafortunada muerte del menor no fue como consecuencia de los actos médicos que desarrolló el Demandado.

Muy respetuosamente **solicito** que se declaren probadas las excepciones de mérito que más adelante formulo, y en consecuencia se absuelva a mi poderdante de las pretensiones del Demandante, respecto de las cuales me permito pronunciarme siguiendo el orden numérico del escrito de demanda:

**2.1. Me opongo.** La atención brindada al paciente **David Santiago Vivas Baquera** por parte del Demandado, se realizó de manera oportuna, efectiva, idónea, acorde con la *lex artis*, el protocolo médico y el estado de salud del paciente. Tal como consta en la historia clínica, el entonces paciente al ingresar al Hospital San Rafael de Fusagasugá el pasado 3 de abril de 2016, fue valorado por los médicos de turno quienes ordenaron su hospitalización y tratamiento adecuado conforme a las *lex artis* y para el tipo de padecimiento diagnosticado al menor en su momento, mi poderdante al valorarlo el 8 de abril de 2016 evidencio una evolución clínica favorable, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, con suplencia de oxígeno de 0.5 litros, con mejoría del tono de piel, más despierto, y se consideró continuar con igual manejo médico.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496508 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

Se pone de presente al Despacho que mi poderdante no tiene ningún vínculo legal ni contractual con las demás entidades y personas demandadas en el presente proceso, exceptuando el Hospital San Rafael E.S.E., con el cual al momento de acaecer el deceso del menor existía un contrato de prestación de servicios profesionales, pero con el cual no existe coexistencia de responsabilidades, por tal razón, en el evento que se llegara a probar algún tipo de responsabilidad respecto de éstas no hay solidaridad en los perjuicios que tuvieran que resarcir, con mi representada.

El Demandado, solo es responsable por su actuar y no puede ser responsable por culpas de terceros en el tratamiento del paciente **David Santiago Vivas Baquera**.

2.2. **Me opongo.** Por las mismas razones antes manifestadas anteriormente y en la medida que mi poderdante no puede ser responsable administrativamente, extracontractual por cuanto el mismo actuó conforme a las *lex artis* y para el tipo de padecimiento diagnosticado al menor en su momento

En relación con los perjuicios morales subjetivos me opongo a todos los perjuicios pretendidos como se explica a continuación.

#### 2.2.1.1. PERJUICIOS MORALES SUBJETIVOS.

- 2.2.1.1.1. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Diana Milena Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente.
- 2.2.1.1.2. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado al señor **Clobi Vivas Cueromedina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente.
- 2.2.1.1.3. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Karen Lorena Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.4. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Liceth Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.5. A la señora **Cindy Mayerle Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

- comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.6. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado al señor **Jeisson Alexis Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.7. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Yeny Paola Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.8. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Maria Dolores Medina Buitrago**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia. No puede endilgarse al Demandado comportamiento culposo, descuidado o negligente. No se allega prueba suficiente que demuestre el supuesto perjuicio moral ocasionado sobre esta demandante.
- 2.2.1.1.9. Frente al valor exigido como la compensación del perjuicio moral aparentemente ocasionado a la señora **Karen Lorena Baquero Medina**: No existe Ningún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, además lo pedido excede los límites fijados por la Ley y la jurisprudencia.

### III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

#### 3.1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

El menor **David Santiago Vivas Baquero** fue atendido en el Hospital San Rafael E.S.E. de Fusagasugá el 3 de abril de 2016, fué valorado ese día por los médicos de turno de la Ips quienes internan al menor y realizan el tratamiento consignado en la historia clínica. El día 8 de abril de 2016 (cinco días después del ingreso) mi poderdante valora al paciente encontrando una evolución clínica favorable, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, con suplencia de oxígeno de 0.5 litros, con mejoría del tono de piel, más despierto, y se consideró continuar con igual manejo médico.

Resaltando en este punto que antes de que mi poderdante valorara por única vez al paciente, en el transcurso de la hospitalización ya había sido valorado por otros galenos dentro del hospital, quienes conforme a los hechos de la demanda y los observado en la historia clínica el menor presentaba mejoría en su estado de salud, tal como lo confianza el demandante en el hecho 3.10.

La ocurrencia del deceso del menor conforme a los argumentos de los demandantes y como se probará en el presente proceso acaeció por razones ajenas a la esfera de responsabilidad del Dr. Hernán Pérez Muñoz, ya que como se ha dicho en anteriores párrafos mi prohijado únicamente observo al menor una vez y al valorarlo observo mejoría del mismo, brindando así un servicio con

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496308 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

oportunidad, pertinencia y racionalidad técnico científica, el enfoque clínico y el manejo médico se encuentra sustentado y obedece a la patología presentada por el paciente.

Ahora bien, aun cuando en la ocurrencia de los hechos entre el Hospital San Rafael E.S.E., y mi poderdante existía un contrato de prestación de servicios profesionales, el mismo no decanta coexistencia de responsabilidades, por tal razón, en el evento que se llegara a probar algún tipo de responsabilidad respecto de éstas no hay solidaridad en los perjuicios que tuvieran que resarcir con mi representado.

En relación con la falta de legitimación en la causa, se ha pronunciado el Consejo de Estado en los siguientes términos:

*"Así pues, toda vez que la legitimación en la causa de hecho alude a la relación procesal existente entre demandante -legitimado en la causa de hecho por activa- y demandado -legitimado en la causa de hecho por pasiva- y nacida con la presentación de la demanda y con la notificación del auto admisorio de la misma a quien asumirá la posición de demandado, dicha vertiente de la legitimación procesal se traduce en facultar a los sujetos litigiosos para intervenir en el trámite del plenario y para ejercer sus derechos de defensa y de contradicción; la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño.*

*De ahí que un sujeto pueda estar legitimado en la causa de hecho pero carecer de legitimación en la causa material, lo cual ocurrirá cuando a pesar de ser parte dentro del proceso no guarde relación alguna con los intereses inmiscuidos en el mismo, por no tener conexión con los hechos que motivaron el litigio, evento éste en el cual las pretensiones formuladas estarán llamadas a fracasar puesto que el demandante carecería de un interés jurídico perjudicado y susceptible de ser resarcido o el demandado no sería el llamado a reparar los perjuicios ocasionados a los actores.*

*En suma, en un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra." (Negrilla y subrayado fuera de texto).<sup>1</sup>*

En este orden de ideas, el Demandado, no está llamada a resistir las pretensiones de la demanda, por lo que se configura una falta de legitimación en la causa por pasiva.

<sup>1</sup>CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION A Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., veintiocho (28) de julio de dos mil once (2011). Radicación número: 52001-23-31-000-1997-08625-01(19753).





GUTIERREZ ROJAS

### **3.2.AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA ENTRE LOS DEMANDADOS**

Conforme al Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993 las EPS tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos etc.

Por consiguiente, en el evento de demostrar alguna responsabilidad quien debía autorizar la remisión del Menor a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos era COMEVA EPS, entidad completamente ajena a mi representado ya que no existe ningún tipo de vinculación legal o contractual, por lo tanto, no podría atribuirse responsabilidad a mi representada aduciendo la existencia de solidaridad.

Así las cosas, a pesar de no encontrarse vinculadas las demás entidades en este proceso, bajo la teoría de las "concausas" o "causas adicionales", deberá analizarse la actuación de las mismas en relación con los hechos de la demanda y el reconocimiento de perjuicios pretendido por el Demandante.

### **3.3.CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES POR PARTE DEL DEMANDADO**

Como quedará probado en el curso de este proceso que mi poderdante cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones contractuales como el Hospital San Rafael E.S.E., de Fusagasugá referentes a la prestación de servicios médicos, obligaciones que no tienen relación con el posible deber de los demás actores del Sistema de Seguridad en Salud que participaron en este desafortunado evento.

Conforme al Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993 las EPS tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos etc.

En concordancia con lo anterior, las posibles responsabilidades de mi poderdante frente al contrato que en su momento suscribió con el hospital, no tenían relación con el deber legal que probablemente tienen los demás actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, máxime cuando mi poderdante actuó conforme a la lex artis.

### **3.4 AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CAUSA EFICIENTE DEL DAÑO.**

Como se explicó en líneas anteriores y de acuerdo a los registros de la historia clínica, el paciente ingresó a las instalaciones del Hospital San Rafael E.S.E., el día 3 de abril de 2016, siendo valorado por los médicos de turno del hospital quienes hospitalizan y realizan el tratamiento consignado en la historia clínica.

El día 8 de abril de 2016, cinco días después del ingreso, y luego de ser atendido durante ese periodo por varios galenos, mi poderdante por única vez valoró al paciente encontrando una evolución clínica

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496308 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576412 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

favorable, sin signos clínicos de dificultad respiratoria, con suplencia de oxígeno de 0.5 litros, con mejoría del tono de piel, más despierto, y se consideró continuar con igual manejo médico.

Es claro que el paciente es atendido por el Demandado más de cinco (5) días después de su ingreso al hospital y ya había recibido atención, diagnóstico y tratamiento por los demás médicos que durante este lapso de tiempo atendieron al menor, lo que significa que el menor contaba con una valoración y tratamiento consistente, conforme a la sintomatología presentada al momento de ingresar al área de urgencias y conforme a su evolución durante los días de hospitalización, de donde la actuación de mi poderdante no constituye causa eficiente que generará el deceso del menor.

### **3.5 EVENTUAL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DEBE SER ACORDE CON LOS LÍMITES JURISPRUDENCIALES Y DEBE ESTAR PROBADO.**

La jurisprudencia ha reconocido el daño moral como *petitum doloris*, cuya tasación está atribuida al *arbitrio iudice*, reconociéndose esta clase de perjuicios conforme con los lineamientos jurisprudenciales, que han establecido un reconocimiento máximo de 100 SMLMV, perjuicios que en todo caso deberán estar probados.

Sobre este tema, ha señalado la Jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del día cinco (5) de mayo de 1999:

Corte Suprema de Justicia, 1990: "*Para su cuantificación sigue imperando el prudente arbitrio judicial, que no es lo mismo que veleidad o capricho. Los topes numéricos que periódicamente viene indicando la Corte, no son de obligatorio cumplimiento para los juzgadores de instancia, pero sí representa una guía*". (CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 de febrero de 1990. M.P. Héctor Marín Naranjo. Gaceta judicial T. CC. p. 79). El que el juez una vez probada la existencia del daño moral deba fijar su cuantía no hace que la reparación sea ilimitada o dejada a la imaginación del juez ni significa que "esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago. [...] toda vez que - para decirlo con palabras de la Corte "es apenas su cuantificación monetaria, y siempre dentro de restricciones caracterizadamente estrictas, la materia en la que al juzgador le corresponde obrar según su prudente arbitrio..." (C. S. J., auto de 13 de mayo de 1988 sin publicar). CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 25 de 1992, expediente 3382, M.P. Carlos Esteban Jaramillo S.

"(...)en el caso sub iudice existía prueba psiquiátrica del dolor moral de la demandante, razón por la cual la corte otorgó una indemnización de diez millones de pesos, que en cierta forma rompe los límites tradicionalmente venía aplicando la corporación (...)".

"(...)la indemnización del daño moral, más que ostentar un carácter resarcitorio propiamente dicho, cumple una función "satisfactoria", (...) su cuantificación no

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIERREZ ROJAS

puede quedar librada al solo capricho del juzgador; por el contrario, la estimación de esa especie de perjuicio debe atender criterios concretos como la magnitud o gravedad de la ofensa, el carácter de la víctima y las secuelas que en ella hubiese dejado el evento dañoso e, inclusive, en algunos casos, por qué no, la misma identidad del defensor, habida cuenta que ciertos sucesos se tornan más dolorosos dependiendo de quién los haya causado(...)la cuantificación del perjuicio moral no es asunto que la ley hubiese atribuido al antojo judicial (...) al pretender asentarlos sobre la veleidad del juez, se le despoja de su carácter técnico y acaba teniéndose como una merced ligada a criterios extrajurídicos como la compasión o la lástima. Por el contrario en la medida en que la indemnización del perjuicio moral sea examinada en su verdadera entidad y se advierta en ella la satisfacción de un daño real y cierto, podrá el sentenciador calcular adecuadamente su monto.

(...) los perjuicios morales subjetivos están sujetos a prueba, (...)”.

Los perjuicios morales pretendidos por cada uno de los demandantes deberán estar debidamente probados, toda vez que no basta con afirmar la existencia de un vínculo de consanguinidad, como lo ha reconocido la jurisprudencia, es necesario probar la cercanía y familiaridad de quienes pretenden la indemnización por perjuicios morales con la víctima directa.

Sin que el Demandado acepte cualquier tipo de responsabilidad frente a los hechos narrados en el escrito de Demanda y por la supuesta falla en la prestación del servicio médico, el Despacho debe reconocer que la solicitud de perjuicios del Demandante carece de sustento real y podría derivar en un provecho indebido para el Demandante. Vale la pena anotar que el criterio para determinar el perjuicio no es de su criterio, estos criterios obedecen a lo determinado en la Ley según el daño realmente sufrido.

### 3.6 CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE DEL DR. HERNÁN PÉREZ.

El Consejo de Estado en sentencia del 12 de febrero de 2014, expediente 88001-23-31-000-2005-00050-01, Consejero ponente Dr. Carlos Alberto Zambrano, frente a las obligaciones de medio, estableció:

*“la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”*

Concluyéndose que los médicos frente a sus pacientes únicamente contraen obligaciones de medio, entendida esta como la obligación de utilizar todos los elementos que bajo su control y conocimiento en el ejercicio de la *lex artis* utilizan

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTÍERREZ ROJAS

para el tratamiento de cada uno de sus pacientes sin que esto conlleve garantizar la curación del paciente.

Asimismo, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, frente a los profesionales de la salud indicó:

*"ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:*

*"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional (...)"*

Artículo que establece la autonomía profesional de los galenos, los cuales determinaran mediante su dictamen tanto de la posible enfermedad de llegase a tener un potencial paciente como su tratamiento, conforme a su conocimiento, experiencia, diligencia, prudencia y cuidado en la ejecución del acto médico, así como fue realizado por mi poderdante el día 8 de abril de 2016, única vez que vio y valoró al menor **David Santiago Vivas Baquero** bajo los cánones de pericia, prudencia y diligencia realizando todo lo que estaba a su alcance para beneficiar al paciente.

## EXCEPCIÓN GENÉRICA

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

## 4 SOBRE LAS PRUEBAS.

### 4.1. Documentales:

Confirme al escrito de nulidad radicado por la suscrita el pasado 19 de diciembre de 2019, solicito al señor juez instar a E. S. E Hospital San Rafael de Fusagasugá, para que de respuesta al Derecho de Petición elevado por la suscrita en esa misma fecha, y en el cual se solicito se aportara al despacho los siguientes documentos:

- Copia de todos los contratos suscrito por el señor Hernán Pérez Muñoz con la E. S. E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIERREZ ROJAS

- Copia de la hoja de turnos y/o horarios que el señor Hernán Pérez Muñoz cumplió para los meses de abril a junio del año en curso.
- Copia de la hoja de vida del señor Hernán Pérez Muñoz que reposa en dicha entidad
- Indicar el domicilio del señor Hernán Pérez Muñoz registrada en la base de datos de dicha entidad.
- Copia de Nit rut del señor Hernán Pérez Muñoz.

Asimismo, solicito que dichos documentos hagan parte del proceso en referencia como pruebas documentales.

- **Aporto** Hoja de vida del señor Hernán Perez Muñoz.

**Documentales aportadas al expediente:**

Solicito tener como prueba al histórica clínica obrante en el expediente específicamente en lo referente a la atención y valoración realizadas por el Dr. Hernán Perez Muñoz el día 8 de abril de 2016.

**Pruebas documentales solicitadas por el Despacho a través de requerimiento:**

Se solicita al señor Juez muy respetuosamente para que en uso de sus facultades, requiera a E. S. E Hospital San Rafael de Fusagasugá Hospital, con el fin de que remita, con destino a este proceso, copia auténtica y legible de la historia clínica perteneciente al menor **David Santiago Vivas Baquero**, identificado con el Niup 1069762260, correspondiente a la hospitalización realizada desde el día 3 de abril de 2016 hasta su fallecimiento. La historia Clínica debe ir acompañada de las Notas de Enfermería, ayugas diagnosticas, resultados de los exámenes clínicos, radiografías, interconsulta, terapias respiratorias y en general todo lo que involucre la atención médica prestada al paciente.

**4.2. Testimoniales:**

Solicito al Despacho, permitirme interrogar a los testigos técnicos y demás testigos que comparezcan a declarar en el presente proceso.

**Interrogatorio de Parte**

Solicito al despacho la posibilidad de interrogar a los demandados en el momento procesal señalado por el Despacho en el momento procesal que disponga.

**Confesión:**

Solicito al Despacho calificar como confesión la manifestación realizada por el Apoderado de la parte demandante específicamente en el numeral 3.10 de los hechos de la demanda, dado que ratifica lo

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496508 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

consignado en la Historia Clínica sobre el buen estado de salud en que se encontraba el paciente, situación que ratifica que la actuación de mi poderdante no generó en ningún momento el deceso del menor **David Santiago Vivas Baquero**.

#### 5. ANEXOS.

6.1. Los Anexos relacionados en el acápite de pruebas.

#### VII. NOTIFICACIONES.

Hernán Pérez Muñoz, en la dirección: Calle 151A # 45-60. Entrada 2. Apto 402, Conjunto Riviera Norte, de la ciudad de Bogotá.

**APODERADA:** Recibiré las notificaciones en la secretaria de su despacho en mi oficina de abogado ubicada en la carrera 48 No 150 a 63 Int. 5 de esta ciudad, teléfono 2454224 Ext. 113 y correo electrónico [linarociogt@hotmail.com](mailto:linarociogt@hotmail.com)

Atentamente,

**Lina Rocío Gutiérrez Torres**  
C.C. 63.489.180 de Bucaramanga  
T.P. 90.961 C. S de la J.

---

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016,

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, periodo que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES





SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se registrará por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaria 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                      | IDENTIFICACIÓN | CARGO                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Jorge Arturo Mora Sánchez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/10/1991          | CC - 2924123   | Presidente                      |
| Humberto Mora Espinosa<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017             | CC - 79462733  | Primer Suplente del Presidente  |
| Jesús Enrique Camacho Gutiérrez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017    | CC - 17093529  | Segundo Suplente del Presidente |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017 | CC - 52158615  | Tercer Suplente del Presidente  |
| Alvaro Muñoz Franco<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017                | CC - 7175834   | Cuarto Suplente del Presidente  |





SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

| NOMBRE                                                                       | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| July Natalia Gaona Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 03/12/2013            | CC - 63558966  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina<br>Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016     | CC - 16073822  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Hernando Gómez Marín<br>Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016                | CC - 70038875  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Marttá Hernández<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016     | CC - 28559781  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios<br>Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016          | CC - 80420757  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018    | CC - 79982889  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013      | CC - 79626122  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 98561859  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Viviana Margarita Peñaranda Rosales<br>Fecha de inicio del cargo: 13/11/2019 | CC - 52985512  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 34566992  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011                | CC - 66996315  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019         | CC - 37324800  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019                | CC - 79285281  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019              | CC - 79443951  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Piedad Cristina Correa<br>Fecha de inicio del cargo: 05/07/2019              | CC - 26201447  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Alexandra Juliana Jiménez Leal<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019      | CC - 52886458  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Leonardo Isidro Linares Díaz<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 79738782  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Marmolejo Olaya Oscar Javier<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 80055607  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal<br>Fecha de inicio del cargo: 15/11/2018     | CC - 52582664  | Quinto Suplente del Presidente              |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios





La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





96/

**Hernán Pérez Muñoz**  
**Carrera 15 # 15-105 Casa 2 Sector Guayacán**  
**Chía Cundinamarca**  
**Teléfonos: 8024619 – 3105770691**  
**Email mceperez@hotmail.com**

---

Médico especialista en pediatría con amplia experiencia en atención de consulta externa, manejo intrahospitalario piso y urgencias.

**Experiencia profesional**

|                                |                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| MEDICOS ASOCIADOS              | Agosto 2008 hasta la fecha.<br>Pediatra consulta Externa.                       |
| HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA | Diciembre 2009 hasta Agosto<br>2016. Pediatra urgencias y<br>hospitalización.   |
| HOSPITAL LA MISERICORDIA       | Octubre 2007 hasta Noviembre<br>2010 Pediatra Urgencias                         |
| PREVIMEDIC                     | Agosto 1999 a Agosto 2008<br>Pediatra Consulta Externa y<br>Hospitalización     |
| CRUZ ROJA                      | Octubre 2006 Profesor<br>Diplomado Urgencias<br>pediátricas Jefes de Enfermería |
| CLINICA DE OCCIDENTE           | Octubre de 1999 a Enero de<br>2000. Pediatra urgencias                          |



## **Estudios Realizados**

|                  |                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------|
| PRIMARIA:        | COLEGIO COLOMBOGALES. 1975                            |
| SECUNDARIA:      | COLEGIO MAYOR DE NUESTRA<br>SEÑORA DEL ROSARIO. 1981. |
| TITULO OBTENIDO: | <b>BACHILLER CLASICO. 1981</b>                        |
| UNIVERSITARIOS:  | PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA                      |
| INTERNADO:       | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA. 1988                  |
| TITULO OBTENIDO: | <b>MEDICO CIRUJANO. 1989</b>                          |
| POSTGRADO:       | PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA                      |
| TITULO OBTENIDO: | <b>ESPECIALISTA EN PEDIATRIA. 1999</b>                |

## **Congresos y Seminarios**

- Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar. Octubre de 1987, CAFAM. Santafé de Bogotá.
- Manejo de Paciente Pediátrico Quirúrgico en Estado Crítico. Agosto de 1986. Hospital Militar Central. Santafé de Bogotá.
- Curso de Medicina Práctica. Octubre de 1987. Pontificia Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.
- Curso de Educación Pediátrica Continuada. Marzo de 1988. Hospital Militar Central. Santafé de Bogotá.
- Simposio Médico Nacional. Noviembre de 1988. Hospital Central de la Policía. Santafé de Bogotá.
- Curso de Nutrición Clínica. Diciembre de 1988. Hospital Central de la Policía. Santafé de Bogotá.
- Curso de Neurología para el Médico General. Abril de 1989. Pontificia Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.



ay

- Actualización en Ciencias Básicas. Julio a Octubre de 1993. Universidad Militar. Santafé de Bogotá.
- Curso de liderazgo avanzado, Febrero de 1994. Haggai Institute. Maui USA.
- Simposio Avances en Vacunación, Marzo de 1996. Sociedad de Pediatría. Santafé de Bogotá
- Curso reanimación neonatal, Agosto de 1996. SIRENA Hospital San Ignacio. Santafé de Bogotá
- Primer seminario de garantía de calidad para IPS, Octubre 1996, Cafam. Santafé de Bogotá.
- Curso de actualizaciones pediátricas, Septiembre de 1996, Fundación Santa Fe. Santafé de Bogotá.
- XX Congreso Colombiano de pediatría, agosto de 1997, Medellín.
- Curso interinstitucional reflujo gastroesofágico, fundamentos y controversias, Junio de 1999, Asociación médica de los Andes, Santafé de Bogotá.
- 3er Congreso Colombiano de Sexualidad en la Adolescencia, Asociación Salud con Prevención, Mayo de 1999, Santafé de Bogotá.
- 1er Curso Anual de Soporte Nutricional en Pediatría., Fundación Hospital La Misericordia. Noviembre 24 del 2000, Santafé de Bogotá.
- XXXII Reunión Anual Academia Colombiana De Pediatría y Puericultura, Julio 2001.
- Programa de Educación Continua en Pediatría ASCOFAME y Sociedad Colombiana de Pediatría desde Octubre 2003 hasta Junio 2011.
- Taller Teórico práctico sobre Trastornos Respiratorios del Sueño en Niños, Fundación Neumológica Colombiana, 3 de Abril de 2009.
- Actualización Urgencias Pediátricas, 5 y 6 de Marzo del 2010
- Red Informática de Medicina Avanzada OPS desde febrero 2011
- Diplomado Nutrición infantil Universidad Javeriana 25 de Abril al 7 de Septiembre 2012
- Entrenamiento de Instructores del Programa IMFeD ("Identification and management of Children with Feeding Difficulties") 17 de Agosto 2012

- Encuentro Latinoamericano Canguro, 17 al 20 de Noviembre 2013.
- Entrenamiento en el Programa Madre Canguro, Fundación Canguro, 17 de Febrero al 1 de Marzo 2014.

### **Trabajos publicados**

Complicaciones del uso de catéter central periférico en recién nacidos. Actualizaciones Pediátricas, Fundación Santa Fe, Junio del 2000, Volumen X . Págs. 59-60.

Uso y abuso del coproscópico, Actualizaciones Pediátricas, Fundación Santa Fe, Diciembre de 1997, Volumen VII, No.4, Págs. 152 – 157.

Manual para padres: Cómo hablar de sexo a los niños.

Manual para padres: Cómo hablar de sexo a los adolescentes.

Manual para padres de adolescentes: Qué es la adolescencia.

### **Datos Personales**

|                                                  |                         |
|--------------------------------------------------|-------------------------|
| NOMBRE:                                          | HERNAN PEREZ MUÑOZ      |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                          | 79.286.490 de Bogotá    |
| LUGAR DE NACIMIENTO:                             | Santafé de Bogotá, D.C. |
| FECHA DE NACIMIENTO:                             | Septiembre 10 de 1963   |
| ESTADO CIVIL:                                    | Casado                  |
| REGISTRO MINISTERIO DE SALUD:                    | 12407 / 1989            |
| RESOLUCION CUNDINAMARCA                          | 255143                  |
| REGISTRO SERVICIO DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTA | 79286490                |



28/

### **Referencias Personales**

Dr. Dimas Rosa Pediatra T: 3002001344

Dr. Rubén Montoya Médico Radiólogo Hospital La Misericordia  
T: 3156481044

**HERNAN PEREZ MUÑOZ**  
C.C. 79.286.490 de Bogotá. D.C.



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PROFESIONALES DE LA SALUD

|                                                      |                                                 |                                                 |                                                 |                                                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ciudad de Expedición<br>BOGOTÁ, D.C.                 | Sucursal<br>CALLE 100                           | Tipo de Movimiento<br>EMISION ORIGINAL          | Poliza No.<br>33-03-101012846                   | Anexo No.<br>0                                  |
| TOMADOR<br>HERNÁN PEREZ MUNOZ                        | DIRECCION<br>CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2       | CIUDAD<br>CHIA, CUNDINAMARCA                    | CC<br>79.286.490                                | TELEFONO<br>8024619                             |
| ASEGURADO<br>HERNAN PEREZ MUNOZ                      | DIRECCION<br>KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2         | CIUDAD<br>CHIA, CUNDINAMARCA                    | CC<br>79.286.490                                | TELEFONO<br>8024619                             |
| BENEFICIARIO<br>TERCEROS AFECTADOS                   |                                                 |                                                 | NIT<br>0-0                                      |                                                 |
| FECHA DE EXPEDICION<br>(d-m-a)<br>28 / 10 / 2015     | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2015 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2016 | DESDE LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2015 | HASTA LAS 24 HORAS<br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2016 |
| INTERMEDIARIO<br>SOLUCIONES MEDICO LEGALES AGENCIA Y | CLAVE<br>93119                                  | % PARTICIPACION<br>100.00                       | COMPANIA<br>COASEGURO CEDIDO                    | % PARTICIPACION                                 |

### INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PEDIATRIA

DESCRIPCION

AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

PERJUICIO PATRIMONIAL

\$ 350,000,000.00

ERRORES U OMISIONES

\$ 350,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 15.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO:

OBJETO ASEGURADO:

AMENAZA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, COMO CONSECUENCIA DE ACTOS NEGLIGENTES, IMPERICIAS, ERRORES U OMISIONES EN QUE LLEGARE A INCURRIR MIENTRAS EJERCE SU ACTIVIDAD COMO MEDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE LEGALMENTE HABILITADO PARA HACERLO Y QUE SEAN OCURRIDOS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE PRESTE SUS SERVICIOS UNICAMENTE.

PROFESION: MEDICO CIRUJANO

ESPECIALIZACION: PEDIATRIA

LIMITE ASEGURADO: \$350.000.000. EN EL AGREGADO ANUAL.

BASE DE COBERTURA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

TOTAL SUMA ASEGURADA: \$ \*\*\*\*\*350,000,000.00

PRIMA: \$ \*\*\*\*\*195,000.00

PLAN DE PAGO: CONTADO

IVA: \$ \*\*\*\*\*31,200.00

TOTAL A PAGAR: \$ \*\*\*\*\*226,200.00

TERMINO 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 SEGURO ESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA 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: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



REFERENCIA  
PAGO:

1100660852031-7

(415) 7709998021167 (6020) 11006608520317 (3900) 000000224200 (96) 20151213

*[Firma]*  
33-03-101012846

FECHA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Edif. 11 No. 88 - 20 Bogotá D.E. Teléfono 2186877

JAMPEIA

TOMADOR





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE DOCUMENTO            | POLIZA No.      | ANEXO No.  |
|--------------|------------------------------|-----------------|------------|
| CALLE 100    | EMISION ORIGINAL             | 33-03-101012646 | 0          |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | TELEFONO        | 8024619    |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | TELEFONO        | 8024619    |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           | NT              | 0-0        |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

AMPAROS:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION O OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, PARAMEDICO, MEDICO AUXILIAR, ENFERMERAS, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA DERIVADA DE LA POSESION Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICOS, EN CUANTO DICHS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USOFRUCTO DE LOS PRECIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

DEDUCIBLE: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

EXCLUSIONES:

-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS.

-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

-DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERCAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PLIZA Y A RIESGOS DE INYECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

-RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

-DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

-RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

-RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.

-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, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.

-EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.

-RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENETICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS

-RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLÓGICOS

-RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)

-PERDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PERDIDAS DE UTILIDADES, PERDIDAS DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA POLIZA.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES

-RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES

-RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.

GARANTIAS:

MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION 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.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SOCIEDAD     | TIPO DE DOCUMENTO            | POLIZA No.      | ANEXO No.          |
|--------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| CALLE 100    | EMISION ORIGINAL             | 33-03-101012846 | 0                  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           | NT              | 0-0                |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...  
TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS LTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PODIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

### CONDICIONES GENERALES RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

#### I. AMPAROS Y EXCLUSIONES

##### 1. BASICO

##### 1.1. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

##### 1.1.1. GASTOS JUDICIALES

##### 1.1.2. DEFENSA EN PROCESO CIVIL POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD

##### 1.2. EXCLUSIONES

##### 1.2.1. LOS PERJUICIOS MORALES

##### 1.2.2. LOS PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE

1.2.3. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES, CAUSADOS AL ASEGURADO, SU CONYUGE O SUS PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL. PARA SOCIEDADES DE PERSONAS O EN COMANITA SIMPLE OPERA LA EXCLUSION CON RESPECTO A LOS SOCIOS DEL ASEGURADO, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, ASI MISMO DE LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO.

1.2.4. EL PERJUICIO DERIVADO DEL SINIESTRO QUE EL ASEGURADO O UNA PERSONA ENCARGADA POR EL, HAYAN OCASIONADO MEDIANTE EL USO DE UN VEHICULO TERRESTRE, UNA EMBARCACION O UNA AERONAVE; O BIEN, RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADOS EN SU CALIDAD DE PROPIETARIO, TENEDOR O POSEEDOR DE DICHS VEHICULOS TERRESTRES, ACUATICOS O AEREOS.

1.2.5. EL PERJUICIO CAUSADO POR EL DAÑO OCASIONADO POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO O POR TRABAJOS EJECUTADOS, O POR CUALQUIER OTRA CLASE DE SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS SE PRODUCIERAN DESPUES DE LA ENTREGA, DEL SUMINISTRO, DE LA EJECUCION O DE LA PRESTACION.

1.2.6. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A PERSONAS O DAÑOS A PROPIEDADES RESULTANTES DE:

1.2.6.1. USO O MANEJO DE EQUIPOS/MOVILES FUERA DE LOS PREDIOS TALES COMO: CABRIAS, MONTACARGAS, GRUAS Y SIMILARES.

1.2.6.2. DERRUMBE Y OPERACIONES BAJO TIERRA.

1.2.6.3. LABORES DE CONSTRUCCION O DEMOLICION DE EDIFICIOS O INSTALACIONES, O DESMONTE DE MAQUINARIAS, A NO SER QUE TALES ACTIVIDADES CONSTITUYAN EL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS DEL ASEGURADO.

1.2.6.4. OPERACIONES QUE HAYAN SIDO DEFINITIVAMENTE TERMINADAS O ABANDONADAS POR EL ASEGURADO.

1.2.6.5. DESCARGUE, DISPERSION O ESCAPE DE HUMO, VAPORES, BOLLIN, ACIDOS, ALCALIS, Y EN GENERAL PRODUCTOS QUIMICOS TOXICOS, LIQUIDOS O GASEOSOS, DESPERDICIOS Y DEMAS MATERIAS CONTAMINANTES DENTRO O SOBRE LA TIERRA, ATMOSFERA, RIOS, LAGOS O SIMILARES.

#### 2. AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE EL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL SEGUERESTADO OTORGARA, LOS SIGUIENTES AMPAROS:

##### 2.1. RESPONSABILIDAD PATRONAL

##### 2.1.1. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDEMICAS O EPIDEMICAS.

##### 2.2. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES

##### 2.2.1. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A EMPLEADOS Y A PROPIEDADES DEL MISMO RESULTANTES DE:

2.2.1.1. TRABAJOS DE MANTENIMIENTO O REPARACION DE LOS PREDIOS, MAQUINARIA O EQUIPO DEL ASEGURADO.

2.2.1.2. TRABAJOS DE AMPLIACION O MODIFICACION EN LOS EDIFICIOS O ESTRUCTURAS DEL LOCAL Y PREDIOS DEL ASEGURADO.

#### 3. EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LOS SIGUIENTES HECHOS:

3.1. LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.

3.2. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS CON CULEPA GRAVE O DOLO DEL ASEGURADO.

3.3. LAS RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DEL EXTRANIVIO O PERDIDA DE BIENES.

3.4. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

3.5. LESIONES CAUSADAS A PERSONAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HUELGA O MOTINES, COMOCION CIVIL, TURBACION DEL ORDEN, ASONADA, BOICOTEOS, MANIFESTACIONES PUBLICAS O TUMULTOS Y CUALQUIERA DE LOS EVENTOS O CAUSAS QUE DETERMINEN SU MANTENIMIENTO.

IGUALMENTE LOS DAÑOS CAUSADOS A PROPIEDADES POR LOS MOTIVOS EXPRESADOS EN EL PRESENTE NUMERAL.

3.6. LESIONES PERSONALES O DAÑOS A PROPIEDADES CAUSADOS POR OPERACIONES QUE EMPLEEN EL PROCESO DE FISION NUCLEAR O FISION DE MATERIALES RADIOACTIVOS.

3.7. LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO PROVENIENTES DE LA APLICACION DE LAS NORMAS DE DERECHO LABORAL, NI TAMPOCO AQUELLAS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE LAS PROVISIONES DE LOS ARTICULOS 2351 Y 2360 DEL CODIGO CIVIL COLOMBIANO.

3.8. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

3.9. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS ORIGINADOS POR CONTAMINACION U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMOSFERA, SUELOS, SUBSUELOS O BIEN POR RUIDO, ASI COMO DAÑOS ORIGINADOS POR EL EFECTO QUE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO PUEDEN OCASIONAR LAS AGUAS.

3.10. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS: QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS AL ASEGURADO EN ARRENDAMIENTO, COMODATO, DEPOSITO O CUSTODIA O QUE ESTE TENGA EN SU PODER SIN AUTORIZACION DE LA PERSONA QUE PUEDA LEGALMENTE DISPONER DE DICHS BIENES; QUEDAN IGUALMENTE EXCLUIDOS LOS DAÑOS QUE SE PUEDAN OCASIONAR CON ESTOS BIENES O SOBRE ESTOS BIENES, CUALQUIERA QUE SEA LA ACTIVIDAD QUE SE REALICE CON ELLOS. TAMPOCO QUEDA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD SI LOS SUPUESTOS DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS EN LOS PARRAFOS ANTERIORES, SE DAN EN LA PERSONA DE UN EMPLEADO O DE UN ENCARGADO DEL ASEGURADO.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     |                              | TIPO DE DOCUMENTO |                    | POLIZA No.      |            | ANEXO No. |  |
|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|------------|-----------|--|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL  |                    | 33-03-101012846 |            | 0         |  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   |                    | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   |                    | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                   |                    | NIT             | 0-0        |           |  |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

3.11. RECLAMACIONES ENTRE VARIAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, MENCIONADAS COMO EL ASEGURADO, ENTRE SI. O SEA, AQUELLA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA RECLAMARSE ENTRE ASEGURADOS.

3.12. DAÑOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR INCONSISTENCIA, HUNDIMIENTO O ASENTAMIENTO DEL SUELO Y DEL SUBSUELO.

#### II. DEFINICION DE COBERTURAS

##### 1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES

SEGUROSTADO INDEMNIZARA CON SUBJECCION AL LIMITE ASEGURADO DEL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY Y TIENE COMO PROPOSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VICTIMA, LA CUAL, EN TAL VERTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACION, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO.

DENTRO DEL MARCO ANTERIOR QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES O PERSONALES, DERIVADA DE:

1.1.1. POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS QUE FIGURAN EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN LOS CUALES EL ASEGURADO DESARROLLA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

1.2. LAS OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

1.3. USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMATICAS.

1.4. USO DE MAQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE Y DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS.

1.5. AVISOS Y VALLAS.

1.6. INSTALACIONES SOCIALES Y DEPORTIVAS.

1.7. EVENTOS SOCIALES ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

1.8. VIAJES DE FUNCIONARIOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

1.9. LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FIERTAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.

1.10. VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS POR PERSONAL DEL ASEGURADO.

1.11. POSESION Y EL USO DE DEPOSITOS, TANQUES Y TUBERIAS DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

##### 2. GASTOS JUDICIALES

SEGUROSTADO RESPONDERA AUN EN EXCESO DEL VALOR ASEGURADO, POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA DEL ASEGURADO, CON LAS SIGUIENTES SALVEDADES:

A. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PRESENTE POLIZA.

B. SI EL ASEGURADO AFRONTE AL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGUROSTADO, Y

C. SI LA INDEMNIZACION A CARGO DEL ASEGURADO EXCEDE EL LIMITE ASEGURADO, SEGUROSTADO SOLO RESPONDERA POR LOS GASTOS DE DEFENSA EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.

##### 3. AMPAROS ADICIONALES

###### 3.1 RESPONSABILIDAD PATRONAL

SEGUROSTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE CORRESPONDA AL PATRONO ASEGURADO EN EXCESO DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN EL ARTICULO 216 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

###### 3.2 CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES

SEGUROSTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO Y/O LOS GASTOS MEDICOS POR LOS DAÑOS QUE CAUSE A TERCEROS EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES, QUE SEAN IMPUTABLES A CONSECUENCIA DE LABORES REALIZADAS POR CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES A SU SERVICIO.

#### III. DEFINICIONES GENERALES

CUANDO EN LA PRESENTE POLIZA Y SUS ANEXOS, SE USAREN LAS PALABRAS Y FRASES QUE A CONTINUACION SE DEFINEN, TENDRAN EXCLUSIVAMENTE EL ALCANCE Y SIGNIFICADO QUE AQUI SE LES ASIGNE.

##### 1. ASEGURADO:

PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE ENTIENDE COMO ASEGURADO A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE COMO TAL FIGURA EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA.

CUANDO EL SEGURO ABARQUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN EL ASEGURADO O SUS TRABAJADORES, TODAS LAS DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO REFERENTES A AQUEL SE APLICARAN ANALOGAMENTE A TALES PERSONAS, PERO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DEL SEGURO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL ASEGURADO, QUIEN A SU VEZ RESPONDE DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS.

##### 2. TERCEROS:

CUALQUIER PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO Y SUS PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

##### 3. BIENES AJENOS:

AQUELLOS BIENES MATERIALES SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO DE DOMINIO, NI OSTENTA RESPECTO DE ELLOS LA CALIDAD DE POSEEDOR, TENEDOR O USUFRUCTUARIO Y QUE NO ESTAN CONFADOS A SU CUIDADO O VIGILANCIA.

##### 4. RIESGOS DERIVADOS DE LA ESFERA PRIVADA:

AQUELLOS RIESGOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL ASEGURADO Y QUE ESTEN AMPARADOS BAJO EL PRESENTE SEGURO, EN ESPECIAL:

4.1. COMO RESPONSABLE NO SOLO DE SUS PROPIAS ACCIONES, SINO DEL HECHO DE AQUELLOS QUE ESTUVIEREN A SU CUIDADO, DE ACUERDO AL ART. 2347 Y SIGUIENTES DEL CODIGO CIVIL.





NIT. 850.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

## PROFESIONALES DE LA SALUD

TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

4.2. COMO PROPIETARIO, INQUILINO O USUARIO DE UNA O VARIAS VIVIENDAS (AUN CUANDO SOLO SEAN HABITADAS LOS FINES DE SEMANA O EN VACACIONES) SIEMPRE QUE SEAN UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO, EXTENDIENDOSE LA GARANTIA AL GARAJE, JARDIN, PISCINAS, ANTENA INDIVIDUAL Y DEMAS PERTENENCIAS O ACCESORIOS.

4.3. POR LA CESION, ARRIENDO O SUBARRIENDO DE HASTA DOS HABITACIONES DE LA VIVIENDA.

4.4. POR DAÑOS OCASIONADOS A UN TERCERO A CONSECUENCIA DE INCENDIO Y EXPLOSION, ORIGINADOS DENTRO O FUERA DE LA VIVIENDA.

4.5. POR DAÑOS A CONSECUENCIA DE UN DERRAME ACCIDENTAL EN

4.6. POR LA PRÁCTICA DE DEPORTE, A TÍTULO DE AFICIONADO,  
4.7. POR EL USO DE BICICLETAS, PATINES, PIRAGUACIONES Y PÉDAL O A DEMO Y VEHICULOS SIMILARES

4.8. POR LA TENENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS COMO PERROS, GATOS Y SIMILARES.

4.9. POR LA TENENCIA Y USO PRIVADO DE ARMAS BLANCAS, PUNZANTES Y DE FUEGO, ASI COMO SU MUNICION, SIEMPRE QUE ESTE LEGALMENTE AUTORIZADO CON EXCLUSION DE LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL HECHO DE PORTARLAS Y USARLAS PARA FINES DE CAZA O ACTOS PUNIBLES.

5. TRABAJADOR:

SE ENTIENDE POR TRABAJADOR TODA PERSONA QUE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PRESTE AL ASEGURADO UN SERVICIO PERSONAL, REMUNERADO Y BAJO SU PERMANENTE DEPENDENCIA O SUBORDINACION.

#### 6. ACCIDENTE DE TRABAJO:

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO TODO SUCESO IMPREVISTO O REPENTINO QUE SOBREVENGA POR CAUSA O CON OCASION DEL TRABAJO Y QUE PRODUZCA AL TRABAJADOR UNA LESION O PERTURBACION FUNCIONAL, PERMANENTE O PASAJERA Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADO DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DE LA VICTIMA.

7. PREDIOS:  
POR PREDIOS SE ENTENDERA EL CONJUNTO DE INMUEBLES DESCRITOS TAXATIVAMENTE EN LA POLIZA.

8 OPERACIONES:

POR OPERACIONES SE ENTENDERAN LAS ACTIVIDADES QUE REALICEN PERSONAS VINCULADAS AL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO DENTRO DEL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS, MATERIA DEL PRESENTE SEGURO.

9. CONTRATISTA INDEPENDIENTE:

10. POR CONTRATISTA INDEPENDIENTE SE ENTENDERA TODA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE REALICE LABORES EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS O CONVENIOS DE CARACTER Estrictamente comercial.

IV. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, LA SUMA FIJADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA CONSTITUYE EL LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO. EN NINGUN CASO Y POR NINGUN MOTIVO LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO PODRA EXCEDER DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO EL LIMITE INDICADO EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA. AUNQUE EN EL MISMO PERIODO SE PRESENTEN DOS O MAS SINISTROS.

#### V. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

ADemás DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CODIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO TENDRA LAS SIGUIENTES:

### 1. AVISO DEL SINIESTRO

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARAN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A SEGUROSTADO DE LA OCURENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TERMINO PODRA AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES.

SEGUROSADO NO PODRA ALEGAR EL RETARDO O LA OMISION SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACION DEL SINIESTRO.

2. EL ASESORADO ESTA OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR O FOMER DE MANIFIESTO A SEGUROSADO, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALQUIER INFORME QUE LE SEAN REQUERIDOS EN RELACION CON LA RECLAMACION; COMO TAMBIEN E DE FACILITAR LA ATENCION DE CUALQUIER DEMANDA ASISTIR A LAS AUDIENCIAS JUICIOS A QUE HAYA LUGAR, SUMINISTRANDO PRUEBAS, CONSIGUIENDO LA ASISTENCIA DE TESTIGOS Y PRESTANDO TODA LA COLABORACION QUE SEA NECESARIA EN EL CURSO DE TALES JUICIOS.

### 3. MODIFICACIONES DEL RIESGO

EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERA NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGUROSTADO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACION DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACION DEL RIESGO O VARIACION DE SU IDENTIDAD LOCAL. LA NOTIFICACION DEBERA HACERSE CON ANTELACION LO MENOR DE DIEZ (10) DIAS A LA FECHA DE LA MODIFICACION DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO. SI LA MODIFICACION ES EXTRAÑA A LA VOLUNTAD DE ESTE, DEBERA NOTIFICARSE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA. CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

CUANDO EL TOMADOR O ASEGURADO NO CUMPLAN CON LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDEN EN CASO DE SINIESTRO, SEGUROSTADO DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

VI. CALIDAD CON QUE ACTUA EL TONADOR

SE ENTENDERÁ QUE EL TOMADOR ACTÚA POR SU CUENTA Y RIESGO DEL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDE CUMPLIR DE ACUERDO CON LA LEY.

## VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

LAS OBLIGACIONES QUE LA LEY Y EL PRESENTE CONTRATO IMPONEN AL ASEGURADO SE ENTENDERAN A CARGO DEL TOMADOR O BENEFICIARIO CUANDO SEAN ESTAS PERSONAS LAS QUE ESTEN EN POSIBILIDAD DE CUMPLIRLAS.

## VIII. PRIMA DEL SEGURO Y SU PAGO





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     |                              | Tipo de Movimiento        | Poliza No.      | Anexo No.  |
|--------------|------------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL          | 33-03-101012846 | 0          |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                           | CC              | 79.286.480 |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                           | CC              | 79.286.480 |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                           | NIT             | 0-0        |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

EL TOMADOR DEL SEGURO ESTA OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA, SALVO DISPOSICION LEGAL O CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERA HACERLO A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL PAGO DE LA PRIMA SE CONSIDERA EFECTIVO MEDIANTE LA EMISION DE CONSTANCIA ESCRITA AL RESPECTO DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA POR UN FUNCIONARIO AUTORIZADO DE SEGURO, SALVO OTROS MEDIOS PROBATORIOS ESTABLECIDOS POR LA LEY PARA DEMOSTRAR TALES EFECTOS.

#### IX. PAGO DE RECLAMACIONES

SEGURO ESTARA LEGALMENTE OBLIGADO A PAGAR RECLAMACIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ACREDITE AUN EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE SEGURO POR SINIESTROS AMPARADOS BAJO LA POLIZA, UNICAMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO SE PRESENTE LA RECLAMACION POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, DONDE ESTE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY Y SE ACREDITE LA OCURRENCIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DEL SINIESTRO Y SU CUANTIA.

2. CUANDO SE REALICE CON PREVIA APROBACION DE SEGURO UN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y EL PERJUDICADO O SUS REPRESENTANTES MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLEZCAN LAS SUMAS DEFINITIVAS QUE EL PRIMERO DEBE PAGAR AL SEGUNDO O SEGUNDOS, POR CONCEPTO DE TODA INDEMNIZACION.

3. CUANDO SEGURO REALICE UN CONVENIO CON EL PERJUDICADO O SUS REPRESENTANTES, MEDIANTE EL CUAL ESTE LIBERE DE TODA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO.

#### X. REDUCCION DEL SEGURO POR PAGO DE SINIESTRO

TODA SUMA QUE SEGURO DEBE PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO REDUCIRA EN IGUAL CANTIDAD EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO, SIN QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCION DE PRIMA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO QUIERA REESTABLECER EL VALOR DEL SEGURO AL FIJADO INICIALMENTE, DEBERA SOLICITARLO POR ESCRITO A SEGURO, CASO EN EL CUAL SE HARA EL AJUSTE RESPECTIVO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE CORRESPONDE Y PREVIA APROBACION POR ESCRITO DE SEGURO.

#### XI. REVOCACION

EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO:

1. EL ASEGURADO PODRA, EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR EL PRESENTE CONTRATO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA A SEGURO, EN CUYO CASO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO SERA LIQUIDADADA SEGUN LA TARIFA A CORTO PLAZO.

2. POR VOLUNTAD DE SEGURO MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA DEL ASEGURADO, CON TREINTA (30) DIAS HABILES DE ANTELACION, SEGURO DEVOLVERA LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO DEL SEGURO.

#### XII. DEDUCIBLE

ES EL MONTO O PORCENTAJE DE LA INDEMNIZACION ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA O EN SUS ANEXOS, QUE EN CADA RECLAMACION SE DEDUCE DEL VALOR A INDEMNIZAR, POR LO TANTO SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO.

#### XIII. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

EL ASEGURADO PERDERA EL DERECHO A LA INDEMNIZACION EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACION FRAUDULENTE, ENGAÑOSA O APOYADA EN PROBAS FALSAS

2. SI AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO SE OMITI MALICIOSAMENTE INFORMAR ACERCA DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES ASEGURADOS.

#### XIV. NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES CON EXCEPCION DEL AVISO DE SINIESTRO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERA PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION LA CONSTANCIA DE RECIBO EN LA COPIA DE LA COMUNICACION O DEL ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA POR LAS PARTES.

#### XV. DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE POLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS Y RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRAN APLICACION LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

#### XVI. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD QUE FIGURA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EL TOMADOR O AFIANZADO DEL SEGURO SE OBLIGA PARA LA COMPANIA A MANTENER ACTUALIZADA, POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO, LA INFORMACION SUMINISTRADA EN EL FORMULARIO DE CLIENTES VINCULADOS CON LA COMPANIA, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA CIRCULAR 005 DE 1998 DE LA SUPERFINANCIERA.





GUTIÉRREZ ROJAS

Señores

**Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Girardot**

E. S. D.

102  
JGG-2-ADN-CTO-GIRARDOT  
11-FEB-20- 9:53AM

**CLASE DE PROCESO:** ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA.

**DEMANDANTE:** DIANA MARCELA BAQUERO Y OTROS (en adelante el "Demandante")

**DEMANDADO:** HERNÁN PÉREZ MUÑOZ Y OTROS (en adelante el "Demandado")

**RADICADO:** 25307-33-33-002-2018-00362-00

Lina Rocío Gutiérrez Torres, identificada con la cedula de ciudadanía No. 63.489.180 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 90.961 del C.S.J., actuando en mi calidad de apoderada del Doctor **Hernán Pérez Muñoz**, estando dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA a SEGUROS DEL ESTADO S.A.** (en adelante la "**COMPAÑÍA ASEGURADORA**"), compañía aseguradora identificada con N.I.T. No. 860.009.578-6, para que en virtud de póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016, ampare, el cumplimiento de sus obligaciones contractuales con mi mandante, cualquier obligación que eventualmente resulte para mi mandante en favor del demandado como consecuencia del proceso de la referencia. Lo anterior procede en los términos que se exponen a continuación.

### I. HECHOS

**Primero:** El señor Hernán Pérez Muñoz, suscribió con la compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A. un contrato de seguro que ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Demandado, el veintiocho (28) de octubre de 2015, siendo el señor Pérez asegurado de dicha garantía y expidiéndose así la póliza No. 33-03-101012846 anexo 0 (tal y como consta en el **Anexo No. 1**), u cuyo objeto asegurado estableció:

*"Ampara la responsabilidad civil del profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza, como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir mientras ejerce su actividad como medico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando este legalmente habilitado para hacerlo y que sean ocurridos dentro del periodo en donde preste sus servicios únicamente."*

**Segundo:** La póliza número 33-03-101012846 anexo 0, tenía una vigencia desde el veintinueve (29) de octubre de dos mil quince (2015) hasta el veintinueve (29) de octubre de dos mil dieciséis (2016), y en su clausulado de condiciones generales estableció:

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia





GUTIÉRREZ ROJAS

1572

| TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RIESGO 1: ... Continuación ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VÍCTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCIÓN O OMISIÓN EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA, FARMACÉUTICA, MÉDICO AUXILIAR, ENFERMERAS, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIÓN DEL ASEGURADO.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DERIVADA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, EN CUANTO DICHOS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.                                                                                                                                                                                   |
| LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIÉN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (P/L) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ADQUIRIDA O PRODUCTO DE LOS PRODUCTOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN MÉDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.                                                                                                                                                                                                         |
| SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA COMO CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INOCUOS O COTEXOS MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES, SUPLENTE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |
| GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUPLINTADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| SUPLINTABLE: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| EXCLUSIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| -DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA, EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.                                                                                                                                                                                |
| -DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| -DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO SEAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| -RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERCAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE DATOS O RADIACIONES EMANANTES DE APARATOS Y MATERIALES EMPLEADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTACTO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.                                                                                                                                                                                     |
| -RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE REMUNERACIONES LABORALES DEL ASEGURADO, CUANDO PRESTEN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| -DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERROR) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES INTELIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSMISIÓN O CONTACTO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).                                                                                                                                                                                              |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HERPESIS B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| -RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEXISTENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMIENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| -RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN CASO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EXISTEN EN DICHA CLASIFICACIÓN VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL.                                                                                                                                                                                                                              |
| -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 EN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.                                                                                                                                                                                                                             |
| -RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLÓGICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| -RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATÓGENOS COMO O HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTULINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEÍNAS SEGRREGADAS POR LAS ANTERIORES, SIEN SEA TÓXICAS O NO.)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| -PERDIDAS PATRIMONIALES, FOMAS, INCURRIDO Y/O NO LIMITADAS A PERDIDAS DE UTILIDADES, PERDIDAS DE VENTAS O LUCRO CORANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN USO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| -RECLAMACIONES POR INFERMEDADES PROFESIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| -RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**Tercero:** Se encuentra en curso ante el despacho en referencia acción de Reparación Directa siendo mi poderdante uno de los demandados, escrito de demanda que solicito como consecuencia de la acción la reparación el resarcimiento de los perjuicios morales subjetivos acaecidos por la desafortunada muerte del menor **DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERA** con ocasión a la aparente negligencia en la atención en salud realizada en las instalaciones del Hospital San Rafael de Fusagasugá desde el día 3 al 11 de abril del 2016. La COMPAÑÍA ASEGURADORA, en virtud de la póliza No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de octubre de 2016, deberá pagar al Demandante la suma de dinero que se llegare a declarar condena en contra del Demandado y a favor del Demandante, en calidad de beneficiario del contrato de seguro.

**Tercero:** La póliza No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016, opera bajo la modalidad de reclamación por riesgo de **PEDIATRÍA**, lo cual significa que la obligación de la aseguradora de hacer efectivo el pago respecto de los riesgos amparados, surge al momento de la reclamación y no al momento de la ocurrencia del hecho, en este orden de ideas, **RESULTA PROCEDENTE EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** para la vigencia señalada en La póliza No. 33-03-101012846 (**Anexo No. 0**) que comprende desde el día veintinueve (29) de octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de octubre de 2016,

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A No 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 No 21A - 70

Bogotá, Colombia



GUTIERREZ ROJAS

sin perjuicio de que haya lugar a la afectación de vigencias anteriores o las renovaciones si es el caso.

**Cuarto:** En la póliza No. 33-03-101012846 anexo 0 del contrato de seguro (**Anexo No. 1** objeto del presente llamamiento en garantía, se señalan las siguientes condiciones de aseguramiento:

**VIGENCIA:** desde el 29/10/2015 hasta el 29/10/2016.

**VALOR ASEGURADO:** trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00).

**AMPAROS CONTRATADOS:** se señala expresamente la cobertura de responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir mientras ejerce su actividad como médico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando esté legalmente habilitado para hacerlo y que sean ocurridos dentro de los predios en donde preste sus servicios únicamente, con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00) y daños extra patrimoniales con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP \$350.000.000.00).

**BENEFICIARIOS:** terceros afectados.

**MODALIDAD DEL SEGURO:** póliza bajo la modalidad de Riesgo 1 Errores u Omisiones en la Actividad de Médico Cirujano con Especialización en Pediatría.

**RETROACTIVIDAD:** Octubre veintiocho (28) de 2015.

**Quinto:** El día 8 de abril de 2016, el paciente menor DAVID SANTIAGO VIVAS BAQUERA, recibió atención por parte del Demandado, fecha comprendida dentro del periodo de vigencia de la póliza.

## II. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho del presente llamamiento en garantía invoco las siguientes normas:

### (i) Artículo 4 ley 389 de 1987:

"ARTICULO 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la





GUTIÉRREZ ROJAS

vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años."

## **(ii) Artículo 64 Código General del Proceso.**

**(ii) El contrato de seguro de responsabilidad civil profesional con póliza No. 33-03-101012846, con vigencia desde el día veintiocho (28) de Octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016 y su clausulado de condiciones generales (Anexo No. 0).**

## **III. PETICIÓN**

De acuerdo con los motivos de hecho y de derecho señalados en el presente llamamiento en garantía y en el evento de que se llegare a establecer algún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado, y en virtud de ellos se condenare a la misma al pago de una indemnización patrimonial y/o extra patrimonial a favor del Demandante, se solicita al Despacho:

**Primero.** Ordenar a la COMPAÑÍA ASEGURADORA, pagar el monto de la condena en la cuantía que le corresponda al Demandado, a favor del demandante, de conformidad con los términos del contrato de seguro y la póliza mencionados anteriormente.

**Segundo:** De llegar a efectuarse algún pago por parte del Demandado a favor de la Demandante, en virtud de la condena que hipotéticamente se llegare a imponer, se ordene a la COMPAÑÍA ASEGURADORA, reembolsar dicho valor al Demandado.

## **IV. SOBRE LAS PRUEBAS**

### **1. DOCUMENTALES:**

1.1. Copia de Certificado de Emisión de la Póliza No. 33-03-101012846 anexo 0, con vigencia desde el día veintinueve (29) de Octubre de 2015 hasta el día veintinueve (29) de Octubre de 2016 y su clausulado de condiciones generales (**Anexo No. 1**).

1.2. Copia de Certificado de Existencia y Representación legal de la COMPAÑÍA ASEGURADORA (**Anexo No. 2**)

## **V. ANEXOS**

☎ 57-300 7400071



GUTIÉRREZ ROJAS

- Lo señalado en las pruebas documentales.

## VI. NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales, en el presente proceso:

- (a) Hernán Pérez Muñoz, en la dirección: Calle 151A # 45-60. Entrada 2. Apto 402, Conjunto Riviera Norte, de la ciudad de Bogotá
- (b) La suscrita apoderada en la carrera 48 No. 150 A - 63 al correo electrónico [linarociogt@hotmail.com](mailto:linarociogt@hotmail.com) al celular 300740 0071.
- (c) El llamado en garantía SEGUROS DEL ESTADO S.A., podrá ser notificada en la dirección Carrera 11 No. 90-20 en Bogotá, el correo electrónico [siniestros.multiriesgos@segurosdelestado.com](mailto:siniestros.multiriesgos@segurosdelestado.com)

Del Honorable Señor Juez,

**Lina Rocío Gutiérrez Torres**  
**C.C. 63.489.180 de Bucaramanga**  
**T.P. 90.961 C. S de la J.**

☎ 57-300 7400071

📍 571-6496608 Calle 70A N° 10A - 36, Pisos 2 y 3

📍 571-3576442 Calle 125 N° 21A - 70

Bogotá, Colombia



107/6

**Hernán Pérez Muñoz**  
**Carrera 15 # 15-105 Casa 2 Sector Guayacán**  
**Chía Cundinamarca**  
**Teléfonos: 8024619 – 3105770691**  
**Email mceperez@hotmail.com**

---

Médico especialista en pediatría con amplia experiencia en atención de consulta externa, manejo intrahospitalario piso y urgencias.

**Experiencia profesional**

|                                |                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| MEDICOS ASOCIADOS              | Agosto 2008 hasta la fecha.<br>Pediatra consulta Externa.                       |
| HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA | Diciembre 2009 hasta Agosto 2016. Pediatra urgencias y hospitalización.         |
| HOSPITAL LA MISERICORDIA       | Octubre 2007 hasta Noviembre 20010 Pediatra Urgencias                           |
| PREVIMEDIC                     | Agosto 1999 a Agosto 2008<br>Pediatra Consulta Externa y Hospitalización        |
| CRUZ ROJA                      | Octubre 2006 Profesor<br>Diplomado Urgencias<br>pediátricas Jefes de Enfermería |
| CLINICA DE OCCIDENTE           | Octubre de 1999 a Enero de 2000. Pediatra urgencias                             |

108

## Estudios Realizados

|                  |                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------|
| PRIMARIA:        | COLEGIO COLOMBO GALES. 1975                        |
| SECUNDARIA:      | COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO. 1981. |
| TITULO OBTENIDO: | <b>BACHILLER CLASICO. 1981</b>                     |
| UNIVERSITARIOS:  | PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA                   |
| INTERNADO:       | HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA. 1988               |
| TITULO OBTENIDO: | <b>MEDICO CIRUJANO.1989</b>                        |
| POSTGRADO:       | PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA                   |
| TITULO OBTENIDO: | <b>ESPECIALISTA EN PEDIATRIA.1999</b>              |

## Congresos y Seminarios

- Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar. Octubre de 1987, CAFAM. Santafé de Bogotá.
- Manejo de Paciente Pediátrico Quirúrgico en Estado Crítico. Agosto de 1986. Hospital Militar Central. Santafé de Bogotá.
- Curso de Medicina Práctica. Octubre de 1987. Pontificia Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.
- Curso de Educación Pediátrica Continuada. Marzo de 1988. Hospital Militar Central. Santafé de Bogotá.
- Simposio Médico Nacional. Noviembre de 1988. Hospital Central de la Policía. Santafé de Bogotá.
- Curso de Nutrición Clínica. Diciembre de 1988. Hospital Central de la Policía. Santafé de Bogotá.
- Curso de Neurología para el Médico General. Abril de 1989. Pontificia Universidad Javeriana. Santafé de Bogotá.

- Actualización en Ciencias Básicas. Julio a Octubre de 1993. Universidad Militar. Santafé de Bogotá.
- Curso de liderazgo avanzado, Febrero de 1994. Haggai Institute. Maui USA.
- Simposio Avances en Vacunación, Marzo de 1996. Sociedad de Pediatría. Santafé de Bogotá
- Curso reanimación neonatal, Agosto de 1996.-SIRENA Hospital San Ignacio. Santafé de Bogotá
- Primer seminario de garantía de calidad para IPS, Octubre 1996, Cafam. Santafé de Bogotá.
- Curso de actualizaciones pediátricas, Septiembre de 1996, Fundación Santa Fe. Santafé de Bogotá.

- XX Congreso Colombiano de pediatría, agosto de 1997, Medellín



- Actualización en Ciencias Básicas. Julio a Octubre de 1993. Universidad Militar. Santafé de Bogotá.
- Curso de liderazgo avanzado, Febrero de 1994. Haggai Institute. Maui USA.
- Simposio Avances en Vacunación, Marzo de 1996. Sociedad de Pediatría. Santafé de Bogotá
- Curso reanimación neonatal, Agosto de 1996. SIRENA Hospital San Ignacio. Santafé de Bogotá
- Primer seminario de garantía de calidad para IPS, Octubre 1996, Cafam. Santafé de Bogotá.
- Curso de actualizaciones pediátricas, Septiembre de 1996, Fundación Santa Fe. Santafé de Bogotá.
- XX Congreso Colombiano de pediatría, agosto de 1997, Medellín.
- Curso interinstitucional reflujo gastroesofágico, fundamentos y controversias, Junio de 1999, Asociación médica de los Andes, Santafé de Bogotá.
- 3er Congreso Colombiano de Sexualidad en la Adolescencia, Asociación Salud con Prevención, Mayo de 1999, Santafé de Bogotá.
- 1er Curso Anual de Soporte Nutricional en Pediatría., Fundación Hospital La Misericordia. Noviembre 24 del 2000, Santafé de Bogotá.
- XXXII Reunión Anual Academia Colombiana De Pediatría y Puericultura, Julio 2001.
- Programa de Educación Continua en Pediatría ASCOFAME y Sociedad Colombiana de Pediatría desde Octubre 2003 hasta Junio 2011.
- Taller Teórico práctico sobre Trastornos Respiratorios del Sueño en Niños, Fundación Neumológica Colombiana, 3 de Abril de 2009.
- Actualización Urgencias Pediátricas, 5 y 6 de Marzo del 2010
- Red Informática de Medicina Avanzada OPS desde febrero 2011
- Diplomado Nutrición infantil Universidad Javeriana 25 de Abril al 7 de Septiembre 2012
- Entrenamiento de Instructores del Programa IMFeD ("Identification and management of Children with Feeding Difficulties") 17 de Agosto 2012

- Encuentro Latinoamericano Canguro, 17 al 20 de Noviembre 2013.
- Entrenamiento en el Programa Madre Canguro, Fundación Canguro, 17 de Febrero al 1 de Marzo 2014.

## **Trabajos publicados**

Complicaciones del uso de catéter central periférico en recién nacidos. Actualizaciones Pediátricas, Fundación Santa Fe, Junio del 2000, Volumen X . Págs. 59-60.

Uso y abuso del coproscópico, Actualizaciones Pediátricas, Fundación Santa Fe, Diciembre de 1997, Volumen VII, No.4,Págs. 152 – 157.

Manual para padres: Cómo hablar de sexo a los niños.

Manual para padres: Cómo hablar de sexo a los adolescentes.

Manual para padres de adolescentes: Qué es la adolescencia.

## **Datos Personales**

|                                                 |                         |
|-------------------------------------------------|-------------------------|
| NOMBRE:                                         | HERNAN PEREZ MUÑOZ      |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                         | 79.286.490 de Bogotá    |
| LUGAR DE NACIMIENTO:                            | Santafé de Bogotá, D.C. |
| FECHA DE NACIMIENTO:                            | Septiembre 10 de 1963   |
| ESTADO CIVIL:                                   | Casado                  |
| REGISTRO MINISTERIO DE SALUD:                   | 12407 / 1989            |
| RESOLUCION CUNDINAMARCA                         | 255143                  |
| REGISTRO SERVICIO DE SALUD DE SANTAFE DE BOGOTA | 79286490                |



11/10/10

## Referencias Personales

Dr. Dimas Rosa    Pediatra    T: 3002001344

Dr. Rubén Montoya    Médico Radiólogo Hospital La Misericordia  
T: 3156481044

**HERNAN PEREZ MUÑOZ**  
C.C. 79.286.490 de Bogotá. D.C.

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, periodo que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES





**Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837**

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se regirá por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaria 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                      | IDENTIFICACIÓN | CARGO                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Jorge Arturo Mora Sánchez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/10/1991          | CC - 2924123   | Presidente                      |
| Humberto Mora Espinosa<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017             | CC - 79462733  | Primer Suplente del Presidente  |
| Jesús Enrique Camacho Gutiérrez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017    | CC - 17093529  | Segundo Suplente del Presidente |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017 | CC - 52158615  | Tercer Suplente del Presidente  |
| Alvaro Muñoz Franco<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017                | CC - 7175834   | Cuarto Suplente del Presidente  |





114 13

**Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837**

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

| NOMBRE                                                                       | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| July Natalia Gaona Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 03/12/2013            | CC - 63558966  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina<br>Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016     | CC - 16073822  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Hernando Gómez Marín<br>Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016                | CC - 70038875  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Marttá Hernández<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016     | CC - 28559781  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios<br>Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016          | CC - 80420757  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018    | CC - 79982889  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013      | CC - 79626122  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 98561859  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Viviana Margarita Peñaranda Rosales<br>Fecha de inicio del cargo: 13/11/2019 | CC - 52985512  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 34566992  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011                | CC - 66996315  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019         | CC - 37324800  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019                | CC - 79285281  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019              | CC - 79443951  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Piedad Cristina Correa<br>Fecha de inicio del cargo: 05/07/2019              | CC - 26201447  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Alexandra Juliana Jiménez Leal<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019      | CC - 52886458  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Leonardo Isidro Linares Díaz<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 79738782  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Marmolejo Olaya Oscar Javier<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 80055607  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal<br>Fecha de inicio del cargo: 15/11/2018     | CC - 52582664  | Quinto Suplente del Presidente              |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios





115  
11

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD**

|                                                             |                                                                                  |                                                        |                                                                                 |                                                        |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>CIUDAD DE EXPEDICIÓN</b><br>BOGOTÁ, D.C.                 | <b>SUCURSAL</b><br>CALLE 100                                                     | <b>TIPO DE MOVIMIENTO</b><br>EMISIÓN ORIGINAL          | <b>PÓLIZA No.</b><br>33-03-101012846                                            | <b>ANEXO No.</b><br>0                                  |
| <b>TOMADOR</b><br>HERNÁN PEREZ MUÑOZ                        | <b>DIRECCIÓN</b><br>CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2                                 | <b>CIUDAD</b><br>CHIA, CUNDINAMARCA                    | <b>CC</b><br>79.286.490                                                         | <b>TELÉFONO</b><br>8024619                             |
| <b>ASEGURADO</b><br>HERNÁN PEREZ MUÑOZ                      | <b>DIRECCIÓN</b><br>KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2                                   | <b>CIUDAD</b><br>CHIA, CUNDINAMARCA                    | <b>CC</b><br>79.286.490                                                         | <b>TELÉFONO</b><br>8024619                             |
| <b>BENEFICIARIO</b><br>TERCEROS AFECTADOS                   |                                                                                  |                                                        | <b>NIT</b><br>0-0                                                               |                                                        |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b><br>(d-m-a)<br>28 / 10 / 2015     | <b>VIGENCIA SEGURO</b><br><b>DESDE LAS 24 HORAS</b><br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2015 | <b>HASTA LAS 24 HORAS</b><br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2016 | <b>VIGENCIA ANEXO</b><br><b>DESDE LAS 24 HORAS</b><br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2015 | <b>HASTA LAS 24 HORAS</b><br>(d-m-a)<br>29 / 10 / 2016 |
| <b>INTERMEDIARIO</b><br>SOLUCIONES MEDICO LEGALES AGENCIA Y | <b>CLAVE</b><br>93119                                                            | <b>% PARTICIPACIÓN</b><br>100.00                       | <b>COMPañIA</b>                                                                 | <b>COASEGURO CEDIDO</b><br><b>% PARTICIPACIÓN</b>      |

**INFORMACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PEDIATRÍA

| DESCRIPCIÓN           | AMPAROS             | SUMA ASEGURADA    | % INVAR | SUBLÍMITE |
|-----------------------|---------------------|-------------------|---------|-----------|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | ERRORES U OMISIONES | \$ 350,000,000.00 |         |           |
|                       |                     | \$ 350,000,000.00 |         |           |

DEDUCIBLES: \* 15.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLV en ERRORES U OMISIONES

TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO:

OBJETO ASEGURADO:

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DE ACTOS NEGLIGENTES, INVERICIAS, ERRORES U OMISIONES EN QUE LLEGARE A INCURRIR MIENTRAS EJERCE SU ACTIVIDAD COMO MEDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE LEGALMENTE HABILITADO PARA HACERLO Y QUE SEAN OCURRIDOS DENTRO DE LOS PRECIOS EN DONDE PRESTE SUS SERVICIOS ÚNICAMENTE.

PROFESIÓN: MEDICO CIRUJANO

ESPECIALIZACIÓN: PEDIATRÍA

LÍMITE ASEGURADO: \$350,000,000. EN EL AGREGADO ANUAL.

BASE DE COBERTURA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****350,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****195,000.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****31,200.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****226,200.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



(415) 776998021167 (8020) 11006608520317 (3960) 000000226200 (96) 20151213

REFERENCIA  
PAGO:

1100660852031-7

33-03-101012846

PARA AUTORIZAR

CLIENTE

Oficina Principal: Esq. 11 No. 58 - 26 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

JAMEPENA





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.576-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SEGURO       | TIPO DE DOCUMENTO            | FOLIO No.       | ANEXO No.          |
|--------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| CALLE 100    | EMISION ORIGINAL             | 33-03-101012846 | 0                  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           | NT              | 0-0                |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION O OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, PARAMEDICO, MEDICO AUXILIAR, ENFERMERAS, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DERIVADA DE LA POSESION Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICOS, EN CUANTO DICHS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O INSUMENOS DE LOS PRECIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

DEDUCIBLE: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

#### EXCLUSIONES:

-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANOMALIAS CONGENITAS.

-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

-DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERCAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPOSTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

-RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

-DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

-RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

-RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.

-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, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.

-EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.

-RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENETICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS

-RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLOGICOS

-RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOSES U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)

-PERDIDAS PATRIMONIALES, FURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PERDIDAS DE UTILIDADES, PERDIDAS DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA POLIZA.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES

-RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES

-RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.

#### GARANTIAS:

MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION 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.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SEGURADO                               | TIPORRANCIA               | POLIZA           | ANEXO |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------|-------|
| CALLE 100                              | EMISION ORIGINAL          | 33-03-101012846  | 0     |
| TOMADOR HERNAN PEREZ MUNOZ             | CC                        | 79.286.490       |       |
| DIRECCION CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8024619 |       |
| ASEGURADO HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC                        | 79.286.490       |       |
| DIRECCION KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8024619 |       |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS        | NIT                       | 0-0              |       |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...  
TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SEQUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

### CONDICIONES GENERALES RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

#### I. AMPAROS Y EXCLUSIONES

##### 1. BASICO

##### 1.1. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

##### 1.1.1. GASTOS JUDICIALES

##### 1.1.2. DEFENSA EN PROCESO CIVIL POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD

##### 1.2. EXCLUSIONES

##### 1.2.1. LOS PERJUICIOS MORALES

##### 1.2.2. LOS PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE

1.2.3. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES, CAUSADOS AL ASEGURADO, SU CONYUGE O SUS PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL. PARA SOCIEDADES DE PERSONAS O EN COMANDITA SIMPLE OPERA LA EXCLUSION CON RESPECTO A LOS SOCIOS DEL ASEGURADO, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, ASI MISMO DE LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO.

1.2.4. EL PERJUICIO DERIVADO DEL SINIESTRO QUE EL ASEGURADO O UNA PERSONA ENCARGADA POR EL, HAYAN OCASIONADO MEDIANTE EL USO DE UN VEHICULO TERRESTRE, UNA EMBAUCACION O UNA AERONAVE, O BIEN, RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS EN SU CALIDAD DE PROPIETARIO, TITULAR O POSEEDOR DE DICHS VEHICULOS TERRESTRES, ACUATICOS O AEREOS.

1.2.5. EL PERJUICIO CAUSADO POR EL DAÑO OCASIONADO POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO O POR TRABAJOS EJECUTADOS, O POR CUALQUIER OTRA CLASE DE SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS SE PRODUCIERAN DESPUES DE LA ENTREGA, DEL SUMINISTRO, DE LA EJECUCION O DE LA PRESTACION.

1.2.6. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A PERSONAS O DAÑOS A PROPIEDADES RESULTANTES DE:

1.2.6.1. USO O MANEJO DE EQUIPOS MOVILES FUERA DE LOS PREDIOS TALES COMO: CAMIONES, MONTACARGAS, GRUAS Y SIMILARES.

1.2.6.2. DERRUMBES Y OPERACIONES BAJO TIERRA.

1.2.6.3. LABORES DE CONSTRUCCION O DEMOLICION DE EDIFICIOS O INSTALACIONES O DESMONTE DE MAQUINARIAS, A NO SER QUE TALES ACTIVIDADES CONSTITUYAN EL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS DEL ASEGURADO.

1.2.6.4. OPERACIONES QUE HAYAN SIDO DEFINITIVAMENTE TERMINADAS O ABANDONADAS POR EL ASEGURADO.

1.2.6.5. DESCARGUE, DISPERSION O ESCAPE DE HUMO, VAPORES, BOLLIN, ACIDOS, ALCALIS, Y EN GENERAL PRODUCTOS QUIMICOS TOXICOS, LIQUIDOS O GASEOSOS, DESPERDICIO Y DEMAS MATERIAS CONTAMINANTES DENTRO O SOBRE LA TIERRA, ATMOSFERA, RIOS, LAGOS O SIMILARES.

2. AMPAROS ADICIONALES

#### 2.1. RESPONSABILIDAD PATRONAL

##### 2.1.1. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDEMICAS O EPIDEMICAS.

##### 2.2. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES

##### 2.2.1. EXCLUSIONES

ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A EMPLEADOS Y A PROPIEDADES DEL MISMO RESULTANTES DE:

2.2.1.1. TRABAJOS DE MANTENIMIENTO O REPARACION DE LOS PREDIOS, MAQUINARIA O EQUIPO DEL ASEGURADO.

2.2.1.2. TRABAJOS DE AMPLIACION O MODIFICACION EN LOS EDIFICIOS O ESTRUCTURAS DEL LOCAL Y PREDIOS DEL ASEGURADO.

##### 3. EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LOS SIGUIENTES HECHOS:

3.1. LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.

3.2. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS CON CULPA GRAVE O DOLO DEL ASEGURADO.

3.3. LAS RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVIO O PERDIDA DE BIENES.

3.4. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

3.5. LESIONES CAUSADAS A PERSONAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HUELGA O MOTINES, COMOCION CIVIL, TURBACION DEL ORDEN, ASONADA, BOICOTEDS, MANIFESTACIONES PUBLICAS O TUMULTOS Y CUALQUIERA DE LOS EVENTOS O CAUSAS QUE DETERMINEN SU MANTENIMIENTO.

IGUALMENTE LOS DAÑOS CAUSADOS A PROPIEDADES POR LOS MOTIVOS EXPRESADOS EN EL PRESENTE NUMERAL.

3.6. LESIONES PERSONALES O DAÑOS A PROPIEDADES CAUSADOS POR OPERACIONES QUE EMPLEEN EL PROCESO DE FISION NUCLEAR O FISION DE MATERIALES RADIOACTIVOS.

3.7. LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO PROVENIENTES DE LA APLICACION DE LAS NORMAS DE DERECHO LABORAL, NI TAMPOCO AQUELLAS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE LAS PROVISIONES DE LOS ARTICULOS 2351 Y 2040 DEL CODIGO CIVIL COLOMBIANO.

3.8. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

3.9. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS ORIGINADOS POR CONTAMINACION O OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMOSFERA, SUELOS, SUBSUELOS O BIEN POR RUIDO, ASI COMO DAÑOS ORIGINADOS POR EL EFECTO QUE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO PUEDEN OCASIONAR LAS AGUAS.

3.10. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS: QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS AL ASEGURADO EN ARRENDAMIENTO, COMODATO, DEPOSITO O CUSTODIA O QUE ESTE TENGA EN SU PODER SIN AUTORIZACION DE LA PERSONA QUE PUEDA LEGALMENTE DISPONER DE DICHS BIENES; QUEDAN IGUALMENTE EXCLUIDOS LOS DAÑOS QUE SE PUEDAN OCASIONAR CON ESTOS BIENES O SOBRE ESTOS BIENES, CUALQUIERA QUE SEA LA ACTIVIDAD QUE SE REALICE CON ELLOS. TAMPOCO QUEDA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD SI LOS SUPUESTOS DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS EN LOS PARRAFOS ANTERIORES, SE DAN EN LA PERSONA DE UN EMPLEADO O DE UN ENCARGADO DEL ASEGURADO.





NIT 260 099 578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

## PROFESIONALES DE LA SALUD

|              |                              |                                       |                             |                |
|--------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| SEGUROS      | CALLE 100                    | TIPO DE DOCUMENTO<br>EMISION ORIGINAL | FOLIO/Nº<br>33-03-101012846 | ANEXO Nº.<br>0 |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                                       | CC                          | 79.286.490     |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA             | TELEFONO                    | 8024619        |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                                       | CC                          | 79.286.490     |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA             | TELEFONO                    | 8024619        |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                                       | NIT                         | 0-0            |

**TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1**

RIESGO 1: ... Continuación ...

3.11. RECLAMACIONES ENTRE VARIAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, MENCIONADAS COMO EL ASEGURADO, ENTRE SI. O SEA, AQUELLA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA RECLAMARSE ENTRE ASEGURADOS.

## II. DEFINICION DE COBERTURAS

## 1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES

SEGURISTADO INDENTIFICADA CON SUjecION AL LIMITE ASEGURADO DEL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA Y GUARANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR LOS SERVICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO, COMO MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY Y TIENE COMO PROPOSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VICTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUTE ES EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACION, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO.

DENTRO DEL MARCO ANTERIOR QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES O PERSONALES, DERIVADA DE:  
1.1.1. LA POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS QUE FIGURAN EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN LOS CUALES EL ASEGURADO DESARROLLA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

1.2.LAS OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

### 1.3 USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMÁTICAS.

1.4 USO DE MAQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE Y DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS.

## 1. SAVISOS Y VALLAS

## 1.6 INSTALACIONES SOCIALES Y DEPORTIVAS

1. EVENTOS SOCIALES ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

## 1. VIAJES DE FUNCIONARIOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

**1.9LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.**

1.10 VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS POR PERSONAL DEL ASEGURADO.

1.11 POSESION Y EL USO DE DEPOSITOS, TANQUES Y TUBERIAS DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

## 2. GASTOS JUDICIALES

SEGURESSADO RESPONDERA AUN EN EXCESO DEL VALOR ASEGURADO, POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA DEL ASEGURADO, CON LAS SIGUIENTES SALVEDADES:

LA SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PRESENTE POLIZA.

B. SI EL ASEGURADO AFRENTE EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEQUESTRO, Y

C. SI LA INDEMNIZACIÓN A CARGO DEL ASEGURADO EXCEDE EL LIMITE ASEGURADO, SE

QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.

| Circumstance                  | Justified (%) | Not justified (%) |
|-------------------------------|---------------|-------------------|
| If someone is attacking you   | 85            | 15                |
| If someone is threatening you | 75            | 25                |
| If someone is harassing you   | 65            | 35                |
| If someone is insulting you   | 55            | 45                |
| If someone is annoying you    | 15            | 85                |

### 3.1 RESPONSABILIDAD PA

SEGURIDAD AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE CORRESPONDA AL PATRÓN ASEGURADO EN EXCESO DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN EL ARTICULO 216 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

### 3.2 CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO Y/O LOS GASTOS MEDICOS POR LOS DAÑOS QUE CAUSE A TERCEROS EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES, QUE SEAN IMPUTABLES A CONSECUENCIA DE LABORES REALIZADAS POR CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES A SU SERVICIO.

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE

### III. DEFINICIONES GENERALES

CUANDO EN LA PRESENTE POLIZA Y SUS ANEXOS, SE USAREN LAS PALABRAS Y FRASES QUE A CONTINUACION SE DEFINEN, TENDRAN EXCLUSIVAMENTE EL ALCANCE Y SIGNIFICADO QUE AQUI SE LES ASIGNE.

**1. ASEGURADO:**

PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE ENTIENDE COMO ASEGURADO A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE COMO TAL FIGURA EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA

CUANDO EL SEGURO ABARQUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN EL ASEGURADO O SUS TRABAJADORES, TODAS LAS DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO REFERENTES A AQUEL SE APLICARAN ANALOGAMENTE A TALES PERSONAS, PERO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DEL SEGURO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL ASEGURADO, QUIEN A SU VEZ RESPONDE DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS.

2. TERCEROS:

2. TERCEROS: CUALQUIER PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO Y SUS PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGÜINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

### 3. BIENES AJENOS:

2. BIENES AJENOS: AQUELLOS BIENES MATERIALES SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO DE DOMINIO, NI OSTENTA RESPECTO DE ELLOS LA CALIDAD DE POSEEDOR, TENEDOR O USUFRUCTUARIO Y QUE NO ESTAN CONFIAADOS A SU CUIDADO O VIGILANCIA.

#### 4. RIESGOS DERIVADOS DE LA ESFERA PRIVADA:

QUE LOS RIESGOS DESCRITOS EN LA SECCION ANTERIOR PUEDAN DAR LUGAR A RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL ASEGURADO Y QUE ESTEN AMPARADOS BAJO EL PRESENTE SEGURO, EN ESPECIAL:

4.1. COMO RESPONSABLE NO SOLO DE SUS PROPIAS ACCIONES, SINO DEL HECHO DE AQUELLOS QUE ESTUVIEREN A SU CUIDADO, DE ACUERDO AL ART. 2347 Y SIGUIENTES DEL CODIGO CIVIL.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SEGURO       | TRANSACCION                  | POLIZA NO.      | ANEXO NO.  |
|--------------|------------------------------|-----------------|------------|
| CALLE 100    | EMISION ORIGINAL             | 33-03-101012846 | 0          |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | TELEFONO        | 8024619    |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | TELEFONO        | 8024619    |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           | MIT             | 0-0        |
|              | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA    |                 |            |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

4.2. COMO PROPIETARIO, INQUILINO O USUARIO DE UNA O VARIAS VIVIENDAS (AUN CUANDO SOLO SEAN HABITADAS LOS FINES DE SEMANA O EN VACACIONES) SIEMPRE QUE SEAN UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO, EXTENDIENDOSE LA GARANTIA AL GARAJE, JARDIN, PISCINAS, ANTENA INDIVIDUAL Y DEMAS PERTENENCIAS O ACCESORIOS.

4.3. POR LA CESION, ARRIENDO O SUBARRIENDO DE HASTA DOS HABITACIONES DE LA VIVIENDA.

4.4. POR DAÑOS OCASIONADOS A UN TERCERO A CONSECUENCIA DE INCENDIO Y EXPLOSION, ORIGINADOS DENTRO O FUERA DE LA VIVIENDA.

4.5. POR DAÑOS A CONSECUENCIA DE UN DERRAME ACCIDENTAL E IMPREVISTO DE AGUA.

4.6. POR LA PRACTICA DE DEPORTE, A TITULO DE AFICIONADO.

4.7. POR EL USO DE BICICLETAS, PATINES, EMBARCACIONES A PEDAL O A REMO Y VEHICULOS SIMILARES.

4.8. POR LA TENENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS, COMO PERROS, GATOS Y SIMILARES.

4.9. POR LA TENENCIA Y USO PRIVADO DE ARMAS BLANCAS, FUEGANTES Y DE FUEGO, ASI COMO SU MUNICION, SIEMPRE QUE ESTE LEGALMENTE AUTORIZADO CON EXCLUSION DE LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL HECHO DE PORTARLAS Y USARLAS PARA FINES DE CAZA O ACTOS PUNIBLES.

5. TRABAJADOR:

SE ENTIENDE POR TRABAJADOR TODA PERSONA QUE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PRESTE AL ASEGURADO UN SERVICIO PERSONAL, REMUNERADO Y BAJO SU PERMANENTE DEPENDENCIA O SUBORDINACION.

6. ACCIDENTE DE TRABAJO:

SE ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO TODO SUCESO IMPREVISTO O REPENTINO QUE SOBREVenga POR CAUSA O CON OCASION DEL TRABAJO Y QUE PRODUZCA AL TRABAJADOR UNA LESION O PERTURBACION FUNCIONAL, PERMANENTE O PASAJERA Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADO DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DE LA VICTIMA.

7. PREDIOS:

POR PREDIOS SE ENTENDERA EL CONJUNTO DE INMUEBLES DESCRITOS TAXATIVAMENTE EN LA POLIZA.

8. OPERACIONES:

POR OPERACIONES SE ENTENDERA LAS ACTIVIDADES QUE REALICEN PERSONAS VINCULADAS AL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO DENTRO DEL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS, MATERIA DEL PRESENTE SEGURO.

9. CONTRATISTA INDEPENDIENTE:

POR CONTRATISTA INDEPENDIENTE SE ENTENDERA TODA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE REALICE LABORES EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS O CONVENIOS DE CARACTER Estrictamente COMERCIAL.

IV. LMITES DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO, LA SUMA FIJADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA CONSTITUYE EL LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO. EN NINGUN CASO Y POR NINGUN MOTIVO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO PODRA EXCEDER DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO EL LIMITE INDICADO EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA, ADEMÁS EN EL MISMO PERIODO SE PRESENTEN DOS O MAS SINIESTROS.

V. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

ADemás DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CODIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO TIENDRA LAS SIGUIENTES:

1. AVISO DEL SINIESTRO

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARAN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A SEGUROSTADO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN COMOCIDO O DEBIDO COMOCER. ESTE TERMINO PODRA AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES.

SEGUROSTADO NO PODRA ALEGAR EL RETARDO O LA OMISION SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACION DEL SINIESTRO.

2. EL ASEGURADO ESTA OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR O PONER DE MANIFIESTO A SEGUROSTADO, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LE SEAN REQUERIDOS EN RELACION CON LA RECLAMACION; COMO TAMBIEN E DE FACILITAR LA ATENCION DE CUALQUIER DEMANDA DESIENDO ASISTIR A LAS AUDIENCIAS Y JUICIOS A QUE HAYA LOGAR, SUMINISTRANDO PRUEBAS, CONSIGUIENDO LA ASISTENCIA DE TESTIGOS Y PRESTANDO TODA LA COLABORACION QUE SEA NECESARIA EN EL CURSO DE TALES JUICIOS.

3. MODIFICACIONES DEL RIESGO

EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERA NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGUROSTADO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVengan CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACION DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACION DEL RIESGO O VARIACION DE SU IDENTIDAD LOCAL. LA NOTIFICACION DEBERA HACERSE CON ANTELACION NO MENOR DE DIEZ (10) DIAS A LA FECHA DE LA MODIFICACION DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO. SI LA MODIFICACION ES EXTRAÑA A LA VOLUNTAD DE ESTE, DEBERA NOTIFICARSE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

CUANDO EL TOMADOR O ASEGURADO NO CUMPLAN CON LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDEN EN CASO DE SINIESTRO, SEGUROSTADO DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

VI. CALIDAD CON QUE ACTUA EL TOMADOR

SALVO ESTIPULACION EN CONTRARIO EN TODOS LOS CASOS EN QUE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO ESPECIFICADOS EN LA PRESENTE POLIZA SEAN PERSONAS DISTINTAS SE ENTENDERA QUE EL TOMADOR ACTUA POR SU CUENTA Y RIESGO DEL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDE CUMPLIR DE ACUERDO CON LA LEY.

VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

LAS OBLIGACIONES QUE LA LEY Y EL PRESENTE CONTRATO IMPOEN AL ASEGURADO SE ENTENDERAN A CARGO DEL TOMADOR O BENEFICIARIO CUANDO SEAN ESTAS PERSONAS LAS QUE ESTEN EN POSIBILIDAD DE CUMPLIRLAS.

VIII. PRIMA DEL SEGURO Y SU PAGO





NIT. 360.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SEGUROS      |                              | TIPO DE SEGURO   |                    | FECHA           |            | ANEXO No. |  |
|--------------|------------------------------|------------------|--------------------|-----------------|------------|-----------|--|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL |                    | 33-03-101012846 |            | 0         |  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CIUDAD           | CHIA, CUNDINAMARCA | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 |                  |                    | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                  |                    | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD           | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                  |                    | NIT             | 0-0        |           |  |

**TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1**

RIESGO 1: ... Continuación ...

EL TOMADOR DEL SEGURO ESTÁ OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA, SALVO DISPOSICIÓN LEGAL O CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERÁ HACERLO A MÁS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL PAGO DE LA PRIMA SE CONSIDERARA EFECTIVO MEDIANTE LA EMISION DE CONSTANCIA ESCRITA AL RESPECTO DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA POR UN FUNCIONARIO AUTORIZADO DE SEGUROSTADO, SALVO OTROS MEDIOS PROBATORIOS ESTABLECIDOS POR LA LEY PARA DEMOSTRAR TALES EFECTOS.

## IX. PAGO DE RECLAMACIONES

SEGUROSTADO ESTARA LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR RECLAMACIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ACREDITE AUN EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE SEGUROSTADO POR SINIESTROS AMPARADOS BAJO LA POLIZA, UNICAMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO SE PRESENTE LA RECLAMACION POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, DONDE ESTE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY Y SE ACREDITE LA OCURRENCIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DEL SINIESTRO Y SU CUANTIA.

2. CUANDO SE REALICE CON PREVIA APROBACION DE SEGUROSTADO UN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y EL PERJURADO O SUS REPRESENTANTES MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLEZCAN LAS SUMAS DEFINITIVAS QUE EL PRIMERO DEBE PAGAR AL SEGUNDO O SEGUNDOS, POR CONCEPTO DE TODA INDEMNIZACION.

3. CUANDO SEGUROSTADO REALICE UN CONVENIO CON EL PERJUDICADO O SUS REPRESENTANTES, MEDIANTE EL CUAL ESTE LIBERE DE TODA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO.

#### K. REDUCCION DEL SEGURO POR PAGO DE SINIESTRO

TOGA SUMA QUE SEGUROSTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO REDUCIRA EN IGUAL CANTIDAD EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO, SIN QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCION DE PRIMA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO QUIERA RESTABLECER EL VALOR DEL SEGURO AL FIJADO INICIALMENTE, DEBERA SOLICITARLO POR ESCRITO A SEGURESTADO, CASO EN EL CUAL SE HARA EL AJUSTE RESPECTIVO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE CORRESPONDE Y PREVIA APROBACION POR ESCRITO DE SEGURESTADO.

## IX. REVOCACIÓN

EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO:

1.-EL ASEGURADO PODRA, EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR EL PRESENTE CONTRATO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA A SEGUROSTADO, EN CUYO CASO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO SERA LIQUIDADADA SEGUN LA TARIFA A CORTO PLAZO.

2. POR VOLUNTAD DE SEGUROSTADO MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA DEL ASEGURADO, CON TREINTA (30) DIAS HABILES DE ANTELACION, SEGUROSTADO DEVOLVERA LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO DEL SEGURO.

## XII. DEDUCIBLE

ES EL MONTO O PORCENTAJE DE LA INDEMNIZACION ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA O EN SUS ANEXOS, QUE EN CADA RECLAMACION SE DEDUCE DEL VALOR A INDEMNIZAR. POR LO TANTO SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO.

### XXIII. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

EL ASEGURADO PERDERA EL DERECHO A LA INDEMNIZACION EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACION FRAUDULENTE, ENGAÑOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS

2. SI AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO SE OMITE MALICIOSAMENTE INFORMAR ACERCA DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES ASEGURADOS.

## XIV. NOTIFICACIONES

CUANDO SE REALICE CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES CON EXCEPCION DEL AVISO DE SINIESTRO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERA PROUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION LA CONSTANCIA DE RECIBO EN LA COPIA DE LA COMUNICACION O DEL ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA POR LAS PARTES.

#### XV. DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE POLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS Y RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRAN APLICACION LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

## XVI. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD QUE FIGURA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EL TOMADOR O AFIANZADO DEL SEGURO SE OBLIGA PARA LA COMPAÑIA A MANTENER ACTUALIZADA, POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO, LA INFORMACION SUMINISTRADA EN EL FORMULARIO DE CLIENTES VINCULADOS CON LA COMPAÑIA, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA CIRCULAR 005 DE 1998 DE LA SUPERFINANCIERA.





GUTIÉRREZ ROJAS

122  
JDO-2-ADH-CTO-GIRARDOT

12-FEB-20-11:25AM

Señores

**Juzgado Segundo Administrativo del Circuito Judicial de Girardot**

E. S. D.

**Clase de proceso:** Acción de reparación directa

**Demandante:** Diana Marcela Baquero y otros (en adelante, el Demandante)

**Demandado:** Hernán Pérez Muñoz y otros (en adelante, el Demandado)

**Rad.:** 25307-33-33-002-2018-00362-00

En calidad de apoderada del doctor **Hernán Pérez Muñoz** e identificada con cédula de ciudadanía No. 63.489.180 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 90.961 del C.S.J, dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **llamamiento en garantía a Seguros del Estado S.A.** (en adelante, la **Compañía aseguradora**), compañía aseguradora identificada con N.I.T. No. 860.009.578-6, para que, en virtud de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el 29 de octubre de 2016, ampare el cumplimiento de sus obligaciones contractuales con mi representado, así como cualquier obligación que eventualmente resulte para mi mandante en favor del demandado como consecuencia del proceso de la referencia. Lo anterior, procede en los términos que se exponen a continuación.

### 1. Hechos

**1.1.** El 28 de octubre de 2015, el señor Hernán Pérez Muñoz suscribió, con la compañía Seguros del Estado S.A., un contrato de seguro que ampara la responsabilidad civil profesional del demandado y en la que el asegurado de dicha garantía es el señor Pérez Muñoz. Por esto, se expidió la póliza No. 33-03-101012846, anexo 0 (tal como consta en el **Anexo No. 1**), cuyo objeto asegurado estableció:

Ampara la responsabilidad civil del profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza, como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir mientras ejerce su actividad como medico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando este legalmente habilitado para hacerlo y que sean ocurridos dentro del periodo en donde preste sus servicios únicamente.

**1.2.** La póliza número 33-03-101012846, anexo 0, tenía una vigencia desde el 29 de octubre de 2015 hasta el 29 de octubre de 2016. En las cláusulas de condiciones generales se estableció lo siguiente:





123

| TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RIESGO 1: ... Continuación ...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| AMPAROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VÍCTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCIÓN O OMISIÓN EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS O OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, ENFERMERAS, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIÓN DEL ASEGURADO.                                                                                                                                                                                                                                                |
| LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DERIVADA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, EN CUANTO DICHS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.                                                                                                                                                                       |
| LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIÉN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ADQUIRIDA O SUSCEPTA DE LOS PREJUDICIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN MÉDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.                                                                                                                                                                                          |
| SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, ÚRGAS U OTROS MATERIALES MÉDICOS, QUÍMICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES. |
| GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUMINISTRADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| REDUCTIBLE: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| EXCLUSIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| -DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA, EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.                                                                                                                                                                   |
| -DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| -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.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| -RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERCEN 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 AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INYECCIÓN O CONTACTO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.                                                                                                                                                                     |
| -RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| -RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTEN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| -DAÑOS DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES QUE HAYAN SIDO CRÍmenes EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O COSECCIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TIENAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSMISIÓN O CONTACTO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).                                                                                                                                                                                  |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| -RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INSUFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMIENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| -RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EXISTENCIA DE DIAGNÓSTICOS FALSOS, VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL.                                                                                                                                                                                                             |
| -EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONTISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LEVANTADA A CABO EN UNA CLÍNICA O EN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.                                                                                                                                                                                                              |
| -RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EMPAREJAMIENTOS, MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLÓGICOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| -RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATÓGENOS (MOJO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOKSINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PRÓTEINAS SECRETADAS POR LAS ANTERIORES, SIEN SEA TÓXICAS O NO.)                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| -PERDIDAS PATRIMONIALES PURAS, EXCEPTO YERO NO LIMITADAS A PERDIDAS DE UTILIDADES, PERDIDAS DE RENTAS O LÍQUIDO CIRCANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| -RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| -RECLAMACIONES POR INTERFERENCIAS PROFESIONALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| -RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

1.3. Ante el despacho de la referencia, se encuentra en curso una **acción de reparación directa** en la que mi poderdante es uno de los demandados. En ese caso, se solicitó la reparación y el resarcimiento de los perjuicios morales subjetivos acaecidos por la desafortunada muerte del menor **David Santiago Vivas Baquero** con ocasión de la aparente negligencia en la prestación del servicio de salud en el Hospital San Rafael de Fusagasugá desde el 3 al 11 de abril del 2016. Por lo tanto, la **Compañía aseguradora**, en virtud de la póliza No. 33-03-101012846 con vigencia hasta el 29 de octubre de 2016, deberá pagar al Demandante la suma de dinero que se llegue a declarar como condena en contra del Demandado y a favor del Demandante, en calidad de beneficiario del contrato de seguro.

1.4. La póliza No. 33-03-101012846, con vigencia hasta el 29 de octubre de 2016, opera bajo la modalidad de reclamación por riesgo de **pediatría**, lo que significa que la obligación de la aseguradora de hacer efectivo el pago respecto de los riesgos amparados, surge al momento de la reclamación y no al momento de la ocurrencia del hecho. En este orden de ideas, **resulta procedente el llamamiento en garantía** para la vigencia señalada en la póliza No. 33-03-101012846 (**Anexo No. 0**) que comprende desde el 29 de octubre de 2015 hasta el 29 de octubre de 2016. Esto, sin perjuicio de que haya lugar a la afectación de vigencias anteriores o las renovaciones, si es el caso.

1.5. En la póliza No. 33-03-101012846, anexo 0, del contrato de seguro (**Anexo No. 1**), objeto del presente llamamiento en garantía, se señalan las siguientes condiciones de aseguramiento:





GUTIERREZ ROJAS

124

**Vigencia:** Desde el 29/10/2015 hasta el 29/10/2016

**Valor asegurado:** Trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00)

**Amparos contratados:** Se señala expresamente la cobertura de responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegase a incurrir mientras ejercía su actividad como médico cirujano, especialista en pediatría, siempre y cuando esté legalmente habilitado para hacerlo. Estos hechos deberán ocurrir dentro de los predios en donde preste sus servicios únicamente con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP\$350.000.000.00) y daños extra patrimoniales con un valor asegurado de trescientos cincuenta millones de pesos (COP \$350.000.000.00).

**Beneficiarios:** Terceros afectados

**Modalidad del seguro:** Póliza bajo la modalidad de **riesgo 1 errores u omisiones en la actividad de médico cirujano con especialización en pediatría.**

**Retroactividad:** Octubre 28 de 2015.

**1.6.** El 8 de abril de 2016, el menor de edad, **David Santiago Vivas Baquero**, recibió atención por parte del Demandado. La fecha de este suceso está dentro del periodo de vigencia de la póliza.

## **2. Fundamentos de derecho**

Como fundamentos de derecho del presente llamamiento en garantía invoco las siguientes normas:

### **2.1. Artículo 4 Ley 389 de 1987**

**Artículo 4.** En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe





25 /

dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años<sup>1</sup>.

## 2.2. Artículo 64 Código General del Proceso

**Artículo 64. Llamamiento en garantía.** Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación<sup>2</sup>.

## 3. Petición

De acuerdo con los motivos de hecho y de derecho señalados en el presente llamamiento en garantía y en el evento en que se establezca algún tipo de responsabilidad en cabeza del Demandado y se condene al pago de una indemnización patrimonial y/o extra patrimonial a favor del Demandante, se solicita al despacho lo siguiente:

- 3.1. Ordenar a la **compañía aseguradora** pagar el monto de la condena en la cuantía que le corresponda al Demandado a favor del Demandante, de conformidad con los términos del contrato de seguro y la póliza mencionados anteriormente
- 3.2. Ordenar a la **compañía aseguradora** pagar el monto de la condena en la cuantía que le corresponda al Demandado a favor del Demandante, de conformidad con los términos del contrato de seguro y la póliza mencionados anteriormente
- 3.3. Ordenar a la **compañía aseguradora** pagar el monto de la condena en la cuantía que le corresponda al Demandado a favor del Demandante, de conformidad con los términos del contrato de seguro y la póliza mencionados anteriormente
- 3.4. En caso de que se efectúe algún pago por parte del Demandado a favor de la Demandante, en virtud de la condena que hipotéticamente se llegue

<sup>1</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 389. (24, julio, 1997). Por la cual se modifican los artículos 1036 y 1046 del Código de Comercio. Diario oficial. Julio, 1997. No. 43.091.

<sup>2</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1564. (12, julio, 2012). Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Julio, 2012. No. 48.489.



a imponer, ordenar a la **compañía aseguradora** reembolsar dicho valor al Demandado.

#### 4. Sobre las pruebas

##### 4.1. Documentales

- Copia de certificado de emisión de la póliza No. 33-03-101012846, anexo 0, con vigencia desde el 29 de octubre de 2015 hasta el 29 de octubre de 2016 y su clausulado de condiciones generales (**Anexo No. 1**)
- Copia de certificado de existencia y representación legal de la **compañía aseguradora** (**Anexo No. 2**)

#### 5. Anexos

Los anexos que se adjuntan han sido señalados en las pruebas documentales.

#### 6. Notificaciones

Para efectos judiciales en el presente proceso, se proporcionan los siguientes datos de contacto:

- Hernán Pérez Muñoz. **Dirección:** Calle 151A # 45-60, entrada 2, apartamento 402. Conjunto Riviera Norte. Bogotá, Colombia
- **Apoderada.** **Dirección:** Carrera 48 No. 150 A – 63. **Correo electrónico:** linarociogt@hotmail.com. **Celular:** 300740 0071
- El llamado en garantía. Seguros del Estado S.A. **Dirección:** Carrera 11 No. 90-20. Bogotá, Colombia. **Correo electrónico:** siniestros.multiriesgos@segurosdelestado.com

Atentamente,

Lina Rocío Gutiérrez Torres  
C.C. 63.489.180 de Bucaramanga  
T.P. 90.961 C. S de la J.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**  
**PROFESIONALES DE LA SALUD**

|                                        |           |                            |                            |                                                       |
|----------------------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|
| Ciudad de Expedición                   | SUCURSAL  | TIPO DE MOVIMIENTO         | POLIZA No.                 | ANEXO No.                                             |
| BOGOTA, D.C.                           | CALLE 100 | EMISION ORIGINAL           | 33-03-101012846            | 0                                                     |
| TOMADOR HERNAN PEREZ MUNOZ             |           |                            | CC                         | 79.286.490                                            |
| DIRECCION CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 |           |                            | TELEFONO                   | 8024619                                               |
| ASEGURADO HERNAN PEREZ MUNOZ           |           |                            | CC                         | 79.286.490                                            |
| DIRECCION KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   |           |                            | TELEFONO                   | 8024619                                               |
| BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS        |           |                            | NIT                        | 0-0                                                   |
| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)            |           | VIGENCIA SEGURO            |                            | VIGENCIA ANEXO                                        |
| 28 / 10 / 2015                         |           | 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) |
|                                        |           | 29 / 10 / 2015             | 29 / 10 / 2016             | 29 / 10 / 2015 29 / 10 / 2016                         |
| INTERMEDIARIO                          |           | CLAVE                      | % PARTICIPACION            | COMPANIA                                              |
| SOLUCIONES MEDICO LEGALES AGENCIA Y    |           | 93119                      | 100.00                     | COASEGURO CEDIDO % PARTICIPACION                      |

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PEDIATRIA

DESCRIPCION

AMPAROS

SUMA ASEGURADA % INVAR

SUBLIMITE

PERJUICIO PATRIMONIAL

ERRORES U OMISIONES

\$ 350,000,000.00  
\$ 350,000,000.00

DEDUCIBLES: \* 15.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO:

OBJETO ASEGURADO:

AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, COMO CONSECUENCIA DE ACTOS NEGLIGENTES, IMPERICIAS, ERRORES U OMISIONES EN QUE LLEGARE A INCURRIR MIENTRAS EJERCE SU ACTIVIDAD COMO MEDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN PEDIATRIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE LEGALMENTE HABILITADO PARA HACERLO Y QUE SEAN OCURRIDOS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE PRESTE SUS SERVICIOS UNICAMENTE.

PROFESION: MEDICO CIRUJANO  
ESPECIALIZACION: PEDIATRIA

LIMITE ASEGURADO: \$350.000.000. EN EL AGREGADO ANUAL.  
BASE DE COBERTURA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA

|                       |                        |                |                    |
|-----------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | \$ *****350,000,000.00 | PRIMA:         | \$ *****195,000.00 |
| PLAN DE PAGO:         | CONTADO                | IVA:           | \$ *****31,200.00  |
|                       |                        | TOTAL A PAGAR: | \$ *****226,200.00 |

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

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTA, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



(415) 7709998021167(8020)11006608520317(3900)00000226200(96)20151213

REFERENCIA  
PAGO:

1100660852031-7

33-03-101012846

PRIMA AUTORIZADA

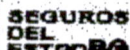
JAMEPENA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 98 - 28 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR





NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SOCORRAL     |                              | TIPO DE DOCUMENTO |                    | FOLIO No.       |            | ANEXO No. |  |
|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|------------|-----------|--|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL  |                    | 33-03-101012846 |            | 0         |  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   |                    | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   |                    | CC              | 79.286.490 |           |  |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |           |  |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                   |                    | NIT             | 0-0        |           |  |

**TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1**

RIESGO 1: ... Continuación ...  
AMPAROS:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION  
U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL MEDICA, PARAMEDICO, MEDICO AUXILIAR, ENFERMERAS, AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISION DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIEZA DERIVADA DE LA POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, EN CUANTO DICHO ASESORAMIENTO Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PL0) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.  
DEDUCIBLE: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

EXCLUSIONS:

DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS.

-DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

...DANOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TENGAN PRESTACIONES PROFESIONALES BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.

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 AMPARADOS EN LA PLIZA Y A RIESGOS DE INECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

-RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES

-RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGÜEneo Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

-RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

-RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMIENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.

-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, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.

EN EL CASO DE ODONTOLÓGOS Y ORTODONTISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CASUADOS 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...  
-RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE...

-RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS

-RECLAMACIONES POR DAÑOS FISIOLÓGICOS  
-RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)

-PERDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PERDIDAS DE UTILIDADES, PERDIDAS DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA POLIZA.

-RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES

-RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES

-RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA

**GARANTIAS:**

MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION 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.





NIT. 860.009.578-6

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SOCORRO      |                              | TIPO DE DOCUMENTO | POLIZA No.         | ANEXO No.        |
|--------------|------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL  | 33-03-101012846    | 0                |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   | CC                 | 79.286.490       |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8024619 |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                   | CC                 | 79.286.490       |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD            | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO 8024619 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                   | NIT                | 0-0              |

**TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1**

RIESGO 1: ... Continuación ...  
TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS LTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS  
PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN  
RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

## CONDICIONES GENERALES RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

## I. AMPAROS Y EXCLUSIONES

- 1. BASICO
- 1.1. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES
- 1.1.1. GASTOS JUDICIALES
- 1.1.2. DEFENSA EN PROCESO CIVIL POR PRESUNTA RESPONSABILIDAD

## 1.2. EXCLUSIONES

- 1.2.2.1. LOS PERJUICIOS MORALES
- 1.2.2.2. LOS PERJUICIOS POR LUCRO CESANTE
- 1.2.3. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES, CAUSADOS AL ASEGURADO, SU CONYUGE O SUS PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL. PARA SOCIEDADES DE PERSONAS O EN COMUNITA SIMPLE OPERA LA EXCLUSION CON RESPECTO A LOS SOCIOS DEL ASEGURADO, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, ASI MISMO DE LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO.
- 1.2.4. EL PERJUICIO DERIVADO DEL SINISTRO QUE EL ASEGURADO O UNA PERSONA ENCARGADA POR EL, HAYAN OCASIONADO MEDIANTE EL USO DE UN VEHICULO TERRESTRE, UNA EMBARCACION O UNA AERONAVE; O BIEN, RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS EN SU CALIDAD DE PROPIETARIO, TENEOR O POSEEDOR DE DICHOS VEHICULOS TERRESTRES, ACUATICOS O AEREOS.
- 1.2.5. EL PERJUICIO CAUSADO POR EL DAÑO OCASIONADO POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO O POR TRABAJOS EJECUTADOS, O POR CUALQUIER OTRA CLASE DE SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS SE PRODUCIERAN DESPUES DE LA ENTREGA, DEL SUMINISTRO, DE LA EJECUCION O DE LA PRESTACION.
- 1.2.6. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A PERSONAS O DAÑOS A PROPIEDADES RESULTANTES DE:
- 1.2.6.1. USO O MANEJO DE EQUIPOS MOVILES FUERA DE LOS PREDIOS TALES COMO: CABRIAS, MONTACARGAS, GRUAS Y SIMILARES.
- 1.2.6.2. DERRUMBES Y OPERACIONES BAJO TIERRA.
- 1.2.6.3. LABORES DE CONSTRUCCION O DEMOLICION DE EDIFICIOS O INSTALACIONES O DESMONTE DE MAQUINARIAS, A NO SER QUE TALES ACTIVIDADES CONSTITUYAN EL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS DEL ASEGURADO.
- 1.2.6.4. OPERACIONES QUE HAYAN SIDO DEFINITIVAMENTE TERMINADAS O ABANDONADAS POR EL ASEGURADO.
- 1.2.6.5. DESCARGUE, DISPERSION O ESCAPE DE HUMO, VAPORES, HOLLIN, ACIDOS, ALCALIS, Y EN GENERAL PRODUCTOS QUIMICOS TOXICOS, LIQUIDOS O GASESOS, DESPERDICIOS Y DEMAS MATERIAS CONTAMINANTES DENTRO O SOBRE LA TIERRA, ATMOSFERA, RIOS, LAGOS O SIMILARES.

## 2. AMPAROS ADICIONALES

MEDIANTE EL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL SEGURO OTORGARA, LOS SIGUIENTES AMPAROS:

- 2.1.1.1. EXCLUSIONES  
ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDEMICAS O EPIDEMICAS.
- 2.2. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES  
2.2.1. EXCLUSIONES  
ESTE SEGURO NO SERA APLICABLE A LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y/O GASTOS MEDICOS POR LESIONES A EMPLEADOS Y A PROPIEDADES DEL MISMO RESULTANTES DE:  
2.2.1.1. TRABAJOS DE MANTENIMIENTO O REPARACION DE LOS PREDIOS, MAQUINARIA O EQUIPO DEL ASEGURADO.  
2.2.1.2. TRABAJOS DE AMPLIACION O MODIFICACION EN LOS EDIFICIOS O ESTRUCTURAS DEL LOCAL Y PREDIOS DEL ASEGURADO.

### 3. EXCLUSIONES COMUNES A TODOS LOS AMPAROS

LA PRESENTE POLIZA NO AMPARA LOS SIGUIENTES HECHOS:

- LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA LOS SIGUIENTES HECHOS:
- 3.1. LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DEL ASEGURADO.
  - 3.2. LESIONES PERSONALES O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS CON CULPA GRAVE O DOLO DEL ASEGURADO.
  - 3.3. LAS RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DEL EXTRANÍO O PÉRDIDA DE BIENES.
  - 3.4. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
  - 3.5. LESIONES CAUSADAS A PERSONAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HUELGA O MOTINES, COMOCION CIVIL, TURBACION DEL ORDEN, ASONADA, BOICOTES, MANIFESTACIONES PÚBLICAS O TUMULTOS Y CUALQUIERA DE LAS EVENTOS O CAUSAS QUE DETERMINEN SU MANTENIMIENTO.
  - 3.6. LESIONES PERSONALES O DAÑOS A PROPIEDADES POR LOS MOTIVOS EXPRESADOS EN EL PRESENTE NUMERAL.
  - 3.7. LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO PROVENIENTES DE LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE DERECHO LABORAL, NI TAMPOCO AQUELLAS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE LAS DISPOSICIONES DE LOS ARTÍCULOS 2351 Y 2060 DEL CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO.
  - 3.8. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.
  - 3.9. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS ORIGINADOS POR CONTAMINACIÓN U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMÓSFERA, SUELOS, SUBSUELOS O BIEN POR RUIDO, ASÍ COMO DAÑOS ORIGINADOS POR EL EFECTO QUE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO PUEDEN OCASIONAR LAS AGUAS.
  - 3.10. RECLAMACIONES A CAUSA DE DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS: QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS AL ASEGURADO EN ARRENDAMIENTO, COMODATO, DEPOSITO O CUSTODIA O QUE ESTE TENGA EN SU PODER SIN AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE PUEDA LEGALMENTE DISPONER DE DICHS BIENES; QUEDAN IGUALMENTE EXCLUIDOS LOS DAÑOS QUE SE PUEDAN OCASIONAR CON ESTOS BIENES O SOBRE ESTOS BIENES, CUALQUIERA QUE SEA LA ACTIVIDAD QUE SE REALICE CON ELLOS. TAMPOCO QUEDA CUBIERTA LA RESPONSABILIDAD SI LOS SUPUESTOS DE LAS EXCLUSIONES MENCIONADAS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES, SE DAN EN LA PERSONA DE UN EMPLEADO O DE UN ENCARGADO DEL ASEGURADO.



30



SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-8

PROFESIONALES DE LA SALUD

|              |                              |                      |                    |            |                 |           |   |
|--------------|------------------------------|----------------------|--------------------|------------|-----------------|-----------|---|
| SUCURSAL     | CALLE 100                    | TIP DE TRANSFERENCIA | EMISION ORIGINAL   | POLIZA NO. | 33-03-101012846 | ANEXO NO. | 0 |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CIUDAD               | CHIA, CUNDINAMARCA | CC         | 79.286.490      |           |   |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 |                      |                    | TELEFONO   | 8024619         |           |   |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                      |                    | CC         | 79.286.490      |           |   |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD               | CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO   | 8024619         |           |   |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                      |                    | NIT        | 0-0             |           |   |

TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...

3.11. RECLAMACIONES ENTRE VARIAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, MENCIONADAS COMO EL ASEGURADO, ENTRE SI. O SEA, AQUELLA RESPONSABILIDAD EN QUE PUEDA RECLAMARSE ENTRE ASEGURADOS.

3.12. DAÑOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR INCONSISTENCIA, HUNDIMIENTO O ASENTAMIENTO DEL SUELO Y DEL SUBSUELO.

II. DEFINICION DE COBERTURAS

1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES

SEGURESTADO INDEMNIZARA CON SUJECCION AL LIMITE ASEGURADO DEL VALOR ESTIPULADO EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY Y TIENE COMO PROPOSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VICTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACION, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO.

DENTRO DEL MARCO ANTERIOR QUEDA ASEGURADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR DAÑOS MATERIALES O PERSONALES, DERIVADA DE:

1.1. LA POSESION, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS QUE FIGURAN EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y EN LOS CUALES EL ASEGURADO DESARROLLA LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

1.2. LAS OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DE ESTE SEGURO.

1.3. USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMATICAS.

1.4. USO DE MAQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE Y DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS.

1.5. VALLAS Y VALLAS.

1.6. INSTALACIONES SOCIALES Y DEPORTIVAS

1.7. EVENTOS SOCIALES ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.

1.8. VIAJES DE FUNCIONARIOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

1.9. LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.

1.10. VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS POR PERSONAL DEL ASEGURADO.

1.11. POSESION Y EL USO DE DEPOSITOS, TANQUES Y TUBERIAS DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.

2. GASTOS JUDICIALES

SEGURESTADO RESPONDERA AUN EN EXCESO DEL VALOR ASEGURADO, POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA DEL ASEGURADO, CON LAS SIGUIENTES SALVEDADES:

A. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PRESENTE POLIZA.

B. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO, Y

C. SI LA INDEMNIZACION A CARGO DEL ASEGURADO EXCEDE EL LIMITE ASEGURADO, SEGURESTADO SOLO RESPONDERA POR LOS GASTOS DE DEFENSA EN PROPORCION A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACION.

3. AMPAROS ADICIONALES

3.1. RESPONSABILIDAD PATRONAL

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE CORRESPONDA AL PATRONO ASEGURADO EN EXCESO DE LAS INDEMNIZACIONES PREVISTAS EN EL ARTICULO 216 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO.

3.2. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO Y/O LOS GASTOS MEDICOS POR LOS DAÑOS QUE CAUSE A TERCEROS EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES, QUE SEAN IMPUTABLES A CONSECUENCIA DE LABORES REALIZADAS POR CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES A SU SERVICIO.

III. DEFINICIONES GENERALES

CUANDO EN LA PRESENTE POLIZA Y SUS ANEXOS, SE USAREN LAS PALABRAS Y FRASES QUE A CONTINUACION SE DEFINEN, TENDRAN EXCLUSIVAMENTE EL ALCANCE Y SIGNIFICADO QUE AQUI SE LES ASIGNE.

1. ASEGURADO:

PARA EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE ENTIENDE COMO ASEGURADO A LA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE COMO TAL FIGURA EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA.

CUANDO EL SEGURO ABARQUE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE OTRAS PERSONAS QUE NO SEAN EL ASEGURADO O SUS TRABAJADORES, TODAS LAS DISPOSICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO REFERENTES A AQUEL SE APLICARAN ANALOGAMENTE A TALES PERSONAS, PERO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DEL SEGURO CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL ASEGURADO, QUIEN A SU VEZ RESPONDE DEL CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS.

2. TERCEROS:

CUALQUIER PERSONA DISTINTA DEL ASEGURADO Y SUS PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

3. BIENES AJENOS:

AQUELLOS BIENES MATERIALES SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO DE DOMINIO, NI OSTENTA RESPECTO DE ELLOS LA CALIDAD DE POSEEDOR, TENEDOR O USUFRUCTUARIO Y QUE NO ESTAN CONFIAADOS A SU CUIDADO O VIGILANCIA.

4. RIESGOS DERIVADOS DE LA ESFERA PRIVADA:

AQUELLOS RIESGOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL ASEGURADO Y QUE ESTEN AMPARADOS BAJO EL PRESENTE SEGURO, EN ESPECIAL:

4.1. COMO RESPONSABLE NO SOLO DE SUS PROPIAS ACCIONES, SINO DEL HECHO DE AQUELLOS QUE ESTUVIEREN A SU CUIDADO, DE ACUERDO AL ART. 2347 Y SIGUIENTES DEL CODIGO CIVIL.





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     |                              | TIPO DE MOVIMIENTO        | POLIZA NO.      | ANEXO NO.  |
|--------------|------------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| CALLE 100    |                              | EMISION ORIGINAL          | 33-03-101012846 | 0          |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           |                           | CC              | 79.286.490 |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD CHIA, CUNDINAMARCA | TELEFONO        | 8024619    |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           |                           | NIT             | 0-0        |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...  
4.2. COMO PROPIETARIO, INQUILINO O USUARIO DE UNA O VARIAS VIVIENDAS (AUN CUANDO SOLO SEAN HABITADAS LOS FINES DE SEMANA O EN VACACIONES) SIEMPRE QUE SEAN UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE POR EL ASEGURADO, EXTENDIENDOSE LA GARANTIA AL GARAJE, JARDIN, PISCINAS, ANTENA INDIVIDUAL Y DEMAS PERTENENCIAS O ACCESORIOS.  
4.3. POR LA CESION, ARRIENDO O SUBARRIENDO DE HASTA DOS HABITACIONES DE LA VIVIENDA.  
4.4. POR DAÑOS OCASIONADOS A UN TERCERO A CONSECUENCIA DE INCENDIO Y EXPLOSION, ORIGINADOS DENTRO O FUERA DE LA VIVIENDA.  
4.5. POR DAÑOS A CONSECUENCIA DE UN DERRAME ACCIDENTAL E IMPREVISTO DE AGUA.  
4.6. POR LA PRACTICA DE DEPORTE, A TITULO DE AFICIONADO.  
4.7. POR EL USO DE BICICLETAS, PATINES, EMBARCACIONES A PEDAL O A REMO Y VEHICULOS SIMILARES.  
4.8. POR LA TENENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS, COMO PERROS, GATOS Y SIMILARES.  
4.9. POR LA TENENCIA Y USO PRIVADO DE ARMAS BLANCAS, PUNZANTES Y DE FUEGO, ASI COMO SU MUNICION, SIEMPRE QUE ESTE LEGALMENTE AUTORIZADO CON EXCLUSION DE LA RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL HECHO DE PORTARLAS Y USARLAS PARA FINES DE CAZA O ACTOS PONTIBLES.

5. TRABAJADOR:  
SE ENTIENDE POR TRABAJADOR TODA PERSONA QUE MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PRESTE AL ASEGURADO UN SERVICIO PERSONAL, REMUNERADO Y BAJO SU PERMANENTE DEPENDENCIA O SUBORDINACION.

6. ACCIDENTE DE TRABAJO:  
SE ENTIENDE POR ACCIDENTE DE TRABAJO TODO SUCESO IMPREVISTO O REPENTINO QUE SOBREVenga POR CAUSA O CON OCASION DEL TRABAJO Y QUE PRODUZCA AL TRABAJADOR UNA LESION O PERTURBACION FUNCIONAL, PERMANENTE O PASAJERA Y QUE NO HAYA SIDO PROVOCADO DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DE LA VICTIMA.

7. PREDIOS:  
POR PREDIOS SE ENTENDERA EL CONJUNTO DE INMUEBLES DESCRITOS TAXATIVAMENTE EN LA POLIZA.

8. OPERACIONES:  
POR OPERACIONES SE ENTENDERA LAS ACTIVIDADES QUE REALICEN PERSONAS VINCULADAS AL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO DENTRO DEL GIRO NORMAL DE LOS NEGOCIOS, MATERIA DEL PRESENTE SEGURO.

9. CONTRATISTA INDEPENDIENTE:  
POR CONTRATISTA INDEPENDIENTE SE ENTENDERA TODA PERSONA NATURAL O JURIDICA QUE REALICE LABORES EN LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS O CONVENIOS DE CARACTER Estrictamente COMERCIAL.

IV. LIMITES DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO, LA SUMA FIJADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA CONSTITUYE EL LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO. EN NINGUN CASO Y POR NINGUN MOTIVO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUROSTADO PODRA EXCEDER DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO EL LIMITE INDICADO EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA, AUNQUE EN EL MISMO PERIODO SE PRESENTEN DOS O MAS SINIESTROS.

V. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO  
ADEMAS DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CODIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO TENDRA LAS SIGUIENTES:

1. AVISO DEL SINIESTRO  
EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARAN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A SEGUROSTADO DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TERMINO PODRA AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES. SEGUROSTADO NO PODRA ALEGAR EL RETARDO O LA OMISION SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACION DEL SINIESTRO.

2. EL ASEGURADO ESTA OBLIGADO A PROCURAR A SU COSTO Y A ENTREGAR O PONER DE MANIFIESTO A SEGUROSTADO, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS Y CUALESQUIERA INFORMES QUE LE SEAN REQUERIDOS EN RELACION CON LA RECLAMACION; COMO TAMBIEN E DE FACILITAR LA ATENCION 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 COLABORACION QUE SEA NECESARIA EN EL CURSO DE TALES JUICIOS.

3. MODIFICACIONES DEL RIESGO  
EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERA NOTIFICAR POR ESCRITO A SEGUROSTADO LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVengan CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACION DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACION DEL RIESGO O VARIACION DE SU IDENTIDAD LOCAL. LA NOTIFICACION DEBERA HACERSE CON ANTELACION NO MENOR DE DIEZ (10) DIAS A LA FECHA DE LA MODIFICACION DEL RIESGO, SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO. SI LA MODIFICACION ES EXTRAÑA A LA VOLUNTAD DE ESTE, DEBERA NOTIFICARSE DENTRO DE LOS QUINCE (15) DIAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME, TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACION.

CUANDO EL TOMADOR O ASEGURADO NO CUMPLAN CON LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDEN EN CASO DE SINIESTRO, SEGUROSTADO DEDUCIRA DE LA INDEMNIZACION EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

VI. CALIDAD CON QUE ACTUA EL TOMADOR  
SALVO ESTIPULACION EN CONTRARIO EN TODOS LOS CASOS EN QUE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO ESPECIFICADOS EN LA PRESENTE POLIZA SEAN PERSONAS DISTINTAS SE ENTENDERA QUE EL TOMADOR ACTUA POR SU CUENTA Y RIESGO DEL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDE CUMPLIR DE ACUERDO CON LA LEY.

VII. OBLIGACIONES DEL TOMADOR  
LAS OBLIGACIONES QUE LA LEY Y EL PRESENTE CONTRATO IMPONEN AL ASEGURADO SE ENTENDERAN A CARGO DEL TOMADOR O BENEFICIARIO CUANDO SEAN ESTAS PERSONAS LAS QUE ESTEN EN POSIBILIDAD DE CUMPLIRLAS.

VIII. PRIMA DEL SEGURO Y SU PAGO





SEGUROS  
DEL  
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### PROFESIONALES DE LA SALUD

| SUCURSAL     | TIPO DE MOVIMIENTO           | POLIZA No.      | ANEXO No.          |
|--------------|------------------------------|-----------------|--------------------|
| CALLE 100    | EMISION ORIGINAL             | 33-03-101012846 | 0                  |
| TOMADOR      | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | CARRERA 15 NO. 15-105 CASA 2 | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| ASEGURADO    | HERNAN PEREZ MUNOZ           | CC              | 79.286.490         |
| DIRECCION    | KR 15 NRO. 15 - 105 CASA 2   | CIUDAD          | CHIA, CUNDINAMARCA |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS           | TELEFONO        | 8024619            |
|              |                              | NIT             | 0-0                |

### TEXTO ACLARATORIO DEL RIESGO 1

RIESGO 1: ... Continuación ...  
EL TOMADOR DEL SEGURO ESTA OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA. SALVO DISPOSICION LEGAL O CONTRACTUAL EN CONTRARIO, DEBERA HACERLO A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA ENTREGA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL PAGO DE LA PRIMA SE CONSIDERARA EFECTIVO MEDIANTE LA EMISION DE CONSTANCIA ESCRITA AL RESPECTO DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA POR UN FUNCIONARIO AUTORIZADO DE SEGURO, SALVO OTROS MEDIOS PROBATORIOS ESTABLECIDOS POR LA LEY PARA DEMOSTRAR TALES EFECTOS.

#### IX. PAGO DE RECLAMACIONES

SEGURO ESTARA LEGALMENTE OBLIGADA A PAGAR RECLAMACIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ACREDITE AUN EXTRAJUDICIALMENTE SU DERECHO ANTE SEGURO POR SINIESTROS AMPARADOS BAJO LA POLIZA, UNICAMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO SE PRESENTE LA RECLAMACION POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, DONDE ESTE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY Y SE ACREDITE LA OCURRENCIA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DEL SINIESTRO Y SU CUANTIA.

2. CUANDO SE REALICE, CON PREVIA APROBACION DE SEGURO UN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y EL PERJUDICADO O SUS REPRESENTANTES MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLEZCAN LAS SUMAS DEFINITIVAS QUE EL PRIMERO DEBE PAGAR AL SEGUNDO O SEGUNDOS, POR CONCEPTO DE TODA INDEMNIZACION.

3. CUANDO SEGURO REALICE UN CONVENIO CON EL PERJUDICADO O SUS REPRESENTANTES, MEDIANTE EL CUAL ESTE LIBERE DE TODA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO.

#### X. REDUCCION DEL SEGURO POR PAGO DE SINIESTRO

TODA SUMA QUE SEGURO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO REDUCIRA EN IGUAL CANTIDAD EL LIMITE DE RESPONSABILIDAD ASEGURADO, SIN QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCION DE PRIMA.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO QUIERA RESTABLECER EL VALOR DEL SEGURO AL FIJADO INICIALMENTE, DEBERA SOLICITARLO POR ESCRITO A SEGURO, CASO EN EL CUAL SE HARA EL AJUSTE RESPECTIVO MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE CORRESPONDE Y PREVIA APROBACION POR ESCRITO DE SEGURO.

#### XI. REVOCACION

EL SEGURO OTORGADO POR LA PRESENTE POLIZA PODRA SER REVOCADO:

1. EL ASEGURADO PODRA, EN CUALQUIER MOMENTO REVOCAR EL PRESENTE CONTRATO MEDIANTE COMUNICACION ESCRITA A SEGURO, EN CUYO CASO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO SERA LIQUIDAD SEGUN LA TARIFA A CORTO PLAZO.

2. POR VOLUNTAD DE SEGURO MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA DEL ASEGURADO, CON TREINTA (30) DIAS HABILES DE ANTELACION, SEGURO DEVOLVERA LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO NO TRANSCURRIDO DEL SEGURO.

#### XII. DEDUCIBLE

ES EL MONTO O PORCENTAJE DE LA INDEMNIZACION ESTIPULADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA O EN SUS ANEXOS, QUE EN CADA RECLAMACION SE DEDUCE DEL VALOR A INDEMNIZAR, POR LO TANTO SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO.

#### XIII. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION

EL ASEGURADO PERDERA EL DERECHO A LA INDEMNIZACION EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACION FRAUDULENTE, ENGAÑOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS

2. SI AL DAR NOTICIA DEL SINIESTRO SE OMITI MALICIOSAMENTE INFORMAR ACERCA DE LOS SEGUROS COEXISTENTES SOBRE LOS MISMOS BIENES ASEGURADOS.

#### XIV. NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACION QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES CON EXCEPCION DEL AVISO DE SINIESTRO, DEBERA CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERA PROUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACION LA CONSTANCIA DE RECIBO EN LA COPIA DE LA COMUNICACION O DEL ENVIO POR CORREO CERTIFICADO DIRIGIDO A LA ULTIMA DIRECCION REGISTRADA POR LAS PARTES.

#### XV. DISPOSICIONES LEGALES

LA PRESENTE POLIZA ES LEY ENTRE LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS Y RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRAN APLICACION LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

#### XVI. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD QUE FIGURA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE POLIZA EN LA REPUBLICA DE COLOMBIA.

EL TOMADOR O AFIANZADO DEL SEGURO SE OBLIGA PARA LA COMPANIA A MANTENER ACTUALIZADA, POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO, LA INFORMACION SUMINISTRADA EN EL FORMULARIO DE CLIENTES VINCULADOS CON LA COMPANIA, CONFORME A LO DISPUESTO POR LA CIRCULAR 005 DE 1998 DE LA SUPERFINANCIERA.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4395 del 17 de agosto de 1956 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIAS ALIADAS DE SEGUROS S.A. A partir de la fecha en mención, se encuentra sometido a la vigilancia por parte de esta Superintendencia.

Escritura Pública No 2142 del 07 de mayo de 1973 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el cambio de razón social por SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 223 del 22 de octubre de 1956

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La sociedad tendrá un Presidente, elegido por la Junta Directiva, para un periodo de cuatro (4) años, período que vencerá el primero (1°) de abril de cada cuatrienio, pero podrá ser reelegido indefinidamente y tendrá un primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto suplentes elegidos por la Junta Directiva, para que lo reemplacen en sus faltas temporales, absolutas o transitorias y uno o más Representantes Legales para Asuntos Judiciales. La Representación Legal de la sociedad estará a cargo del Presidente y sus Suplentes, quienes ejercerán las funciones previstas en estos estatutos. Adicionalmente la Compañía tendrá uno o más Representantes Legales exclusivamente para Asuntos Judiciales designados por la Junta Directiva. 1) Corresponde al Presidente de la Compañía las siguientes funciones: a) Representar legalmente a la sociedad. b) Administrar los negocios de la Compañía dentro de los límites que señalen los estatutos y la ley y dentro de las políticas que determinen la Asamblea General y la Junta Directiva. c) Poner en ejecución todas las operaciones de la Compañía de acuerdo con las leyes, los estatutos y los reglamentos que aprueben la Asamblea General o la Junta Directiva. d) Desarrollar el plan de mercadeo y ventas de seguros y reaseguros acordado por la Junta Directiva para la promoción comercial de la Compañía. e) Orientar la política financiera, dirigiendo el desarrollo del plan de inversiones aprobado por la Junta Directiva. f) Orientar la política de publicidad y relaciones públicas de la Compañía. g) Orientar la política laboral de la Compañía de acuerdo con las pautas establecidas por la Junta Directiva. h) Crear y promover los empleados necesarios para la buena marcha de la Compañía, fijar sus funciones, dotaciones, y asignaciones; remover, libremente a todos los empleados, salvo aquellos cuyo nombramiento y remoción le compete a otro órgano de la administración. Igualmente autorizar por escrito a los Gerentes de las Sucursales, para comprometer a la Compañía hasta por la suma que él determine, dentro de los límites que le confieren los estatutos para tal fin. i) Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas y balances. j) Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. k) Orientar la política general de aceptación de riesgos en materia de seguros y reaseguros, en cada ramo. l) Celebrar en nombre de la Compañía actos jurídicos en todas sus manifestaciones, tales como compraventas, permutas, arrendamientos, emitir, aceptar y endosar letras de cambio, pagarés, cheques, giros, libranzas y cualesquiera otros instrumentos negociables o títulos valores, así como negociar estos documentos, cobrarlos, descargarlos y endosarlos, celebrar toda clase de operaciones bancarias y aprobar los préstamos y cualquier contrato que se celebre cuya cuantía no exceda de CINCO MIL (5.000) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.  
Conmutador: (571) 5 94 02 00 - 5 94 02 01  
[www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co)



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

LEGALES VIGENTES, con excepción de los contratos de seguros sobre riesgos, los cuales pueden ser celebrados cualquiera que sea su valor y los que requieran autorización especial de conformidad con los estatutos y las disposiciones legales. Cuando el contrato supere el monto antes indicado requerirá autorización de la Junta Directiva. Tratándose de la venta de acciones de la misma Compañía su enajenación se regirá por las disposiciones legales y las especiales previstas en estos estatutos para tal fin (literal l modificado E.P. 1979 del 20 de abril de 2017 Not. 13 de Bogotá). m) Ejecutar y velar porque se cumplan las decisiones de la Junta Directiva. n) Transigir, comprometer y desistir aquellos asuntos litigiosos en que se involucren bienes muebles o inmuebles y cuyo valor no exceda los límites que le hayan sido autorizados por la Junta Directiva. ñ) Remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia o a los Organismos de Control que lo requieran, los informes, documentos, datos, estados financieros etc., que sean solicitados por estas entidades de acuerdo con la normatividad vigente. o) Rendir, por escrito, un informe propio y el que la junta debe someter, al finalizar cada ejercicio, a la Asamblea General de Accionistas. p) Convocar la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo estime necesario. q) Presentar a la Junta Directiva un informe detallado sobre la marcha de la empresa. r) Dar cuenta de su gestión a la Junta Directiva. 2) El Representante Legal para Asuntos Judiciales tendrá exclusivamente las siguientes funciones: a) Representar a la Compañía ante los órganos y funcionarios de la Rama Jurisdiccional del Poder Público o, ante funcionarios de la Rama Ejecutiva o ante particulares, a las cuales les hayan sido asignadas, delegadas o transferidas por disposición normativa, funciones judiciales. b) Promover, instaurar y contestar demandas judiciales, llamamientos en garantía, intervenciones procesales y en general intervenir en toda actuación judicial procesal en defensa de los intereses de la Compañía. c) Asistir a las audiencias de conciliación en las que sea convocante o convocada la Compañía, en los Centros de Arbitraje y Conciliación y demás establecimientos autorizados para actuar como centros de conciliación y de arbitraje, la Procuraduría General de la Nación, Autoridades de Control Fiscal o Ministerio de Público; igualmente ante cualquier despacho judicial en lo Constitucional, Civil, Comercial, Penal, Contencioso Administrativo, Laboral, Corte Suprema de Justicia, Consejo de Estado, Consejo Superior de la Judicatura, Fiscalía General de la Nación y en fin ante cualquier autoridad jurisdiccional. Para este efecto podrá plantear las fórmulas conciliatorias siempre en defensa de los intereses de la Compañía, conciliar las pretensiones que se formulen a la misma en la respectiva audiencia de conciliación o en el proceso judicial respectivo, transigir y desistir, bien sea que obre como demandante, demandada, tercero en el proceso - como Llamada en Garantía, Litisconsorcio, Tercero Interviniente etc. - convocante de conciliación o convocada a conciliación. Igualmente podrá comprometer a la Compañía mediante la suscripción de las correspondientes actas de conciliación. d) Comparecer a cualquier despacho judicial en la República de Colombia (Civiles, Laborales, Penales, etc) con el fin de absolver interrogatorio de parte en representación de la Compañía, con expresa facultad para confesar. PARÁGRAFO: Las anteriores funciones podrán ser ejercidas por parte de los Representantes Legales para Asuntos Judiciales en cualquier lugar de la República de Colombia y hasta una cuantía que no supere los CIENTO (100) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. Para cualquier actuación judicial que supere esta cuantía, requiera autorización del Presidente de la compañía o de sus Suplentes de conformidad con las funciones que les han sido asignadas en el numeral primero de este artículo. (Escritura Pública 1979 del 20 de abril de 2017 Notaria 13 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                      | IDENTIFICACIÓN | CARGO                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|
| Jorge Arturo Mora Sánchez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/10/1991          | CC - 2924123   | Presidente                      |
| Humberto Mora Espinosa<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017             | CC - 79462733  | Primer Suplente del Presidente  |
| Jesús Enrique Camacho Gutiérrez<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017    | CC - 17093529  | Segundo Suplente del Presidente |
| Gabriela Alexandra Zarante Bahamon<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017 | CC - 52158615  | Tercer Suplente del Presidente  |
| Alvaro Muñoz Franco<br>Fecha de inicio del cargo: 01/06/2017                | CC - 7175834   | Cuarto Suplente del Presidente  |



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

| NOMBRE                                                                       | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------|
| July Natalia Gaona Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 03/12/2013            | CC - 63558966  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Sebastian Hernández Molina<br>Fecha de inicio del cargo: 02/02/2016     | CC - 16073822  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Hernando Gómez Marín<br>Fecha de inicio del cargo: 16/05/2016                | CC - 70038875  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luisa Fernanda Marttá Hernández<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2016     | CC - 28559781  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Carlos Triana Barrios<br>Fecha de inicio del cargo: 02/11/2016          | CC - 80420757  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Camilo Enrique Rubio Castiblanco<br>Fecha de inicio del cargo: 31/05/2018    | CC - 79982889  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jaime Eduardo Gamboa Rodríguez<br>Fecha de inicio del cargo: 28/10/2013      | CC - 79626122  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Diomer Giovanni Moncada Montoya<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 98561859  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Viviana Margarita Peñaranda Rosales<br>Fecha de inicio del cargo: 13/11/2019 | CC - 52985512  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Claudia Patricia Ordoñez Galvis<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011     | CC - 34566992  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Sury Eliana Corrales<br>Fecha de inicio del cargo: 30/05/2011                | CC - 66996315  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Aura Mercedes Sánchez Pérez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019         | CC - 37324800  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Augusto Mateus Gómez<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019                | CC - 79285281  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Héctor Arenas Ceballos<br>Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019              | CC - 79443951  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Piedad Cristina Correa<br>Fecha de inicio del cargo: 05/07/2019              | CC - 26201447  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Alexandra Juliana Jiménez Leal<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019      | CC - 52886458  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Leonardo Isidro Linares Díaz<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 79738782  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Marmolejo Olaya Oscar Javier<br>Fecha de inicio del cargo: 02/10/2019        | CC - 80055607  | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Silvia Consuelo Afanador Bernal<br>Fecha de inicio del cargo: 15/11/2018     | CC - 52582664  | Quinto Suplente del Presidente              |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, responsabilidad civil, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes y vidrios

La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

136

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 6813982497126837**

Generado el 07 de febrero de 2020 a las 12:15:16

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

*Mónica Andrade*

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA