
 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE INICIO Código: SDS-CON -FT-005 V.3</p>	<p>Elaborado por: Haidy Yadira Franco Revisado por: Flover Moreno Aprobado por: Zamadha Gelvez -Subdirectora de Contratación.</p>	
--	--	---	---

ACTA DE INICIO

CONTRATO O CONVENIO No.2011787 DE 2020

ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

CONTRATISTA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA: 900.959.051-7

OBJETO DEL CONTRATO: AUNAR ESFUERZOS, RECURSOS ADMINISTRATIVOS, ECONOMICOS Y TECNICOS, QUE PERMITAN EFECTUAR LAS ACCIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO "CONSTRUCCION Y DOTACION CAPS BRAVO PAEZ".

VALOR DEL CONTRATO: El convenio tendrá un valor estimado de **DIECISIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS MCTE (\$17.278.404.899).**

APORTE SDS-FFDS:
El aporte del SDS-FFDS es por valor de **DIECISÉIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA SEIS PESOS M/CTE (\$16.977.638.136)**

APORTE SUBRED: El aporte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. es por valor de **TRESCIENTOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS (\$300.766.763) ML** representados en recurso humano, administrativo y apoyo logístico.



PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución para el presente convenio de es de **veintisiete (27) meses**

FECHA DE INICIACION: Veintisiete (27) de Noviembre de 2020

FECHA DE TERMINACION: Veintiséis (26) de Febrero de 2023

CLASE DE CONVENIO: Interadministrativo



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ACTA DE INICIO Código: SDS-CON -FT-005 V.3	Elaborado por: Haidy Yadira Franco Revisado por: Flover Moreno Aprobado por: Zamadha Gelvez -Subdirectora de Contratación.	
--	---	--	---

DATOS DE LA PÓLIZA			
NÚMERO	ASEGURADORA	FECHA DE EXPEDICIÓN	VALOR ASEGURADO
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

SUPERVISOR: Director (a) de Infraestructura y Tecnología y el
 (la) Gerente de la Subred Integrada de Servicios de
 Salud Centro Oriente E.S.E

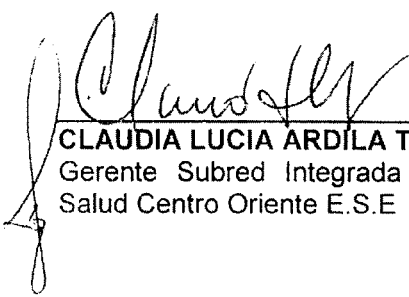
Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervienen, una vez leída y aprobada.

Dada en Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).

SUPERVISOR

CONTRATISTA


ADRIANA MARIA CEBALLOS CALLE
 Directora de Infraestructura y Tecnología
 Secretaría Distrital de Salud


CLAUDIA LUCIA ARDILA TORRES
 Gerente Subred Integrada de Servicios de
 Salud Centro Oriente E.S.E



SEGUROS
DEL
ESTADO
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.	Sucursal ANTIGUO COUNTRY	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	Póliza No. 21-03-101013584	Anexo No. 0
Tomador SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		NIT 900.959.051-7		
Dirección DIAGONAL 34 NO. 5-43		Ciudad BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPIT		
Asegurado SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		NIT 900.959.051-7		
Dirección DIAGONAL 34 NO. 5-43		Ciudad BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL		
Beneficiario TERCEROS AFECTADOS		NIT 0-0		
Fecha de Expedición (d-m-a) 21 / 08 / 2020	Vigencia Seguro Desde las 24 horas (d-m-a) 22 / 08 / 2020 Hasta las 24 horas (d-m-a) 22 / 04 / 2021		Vigencia Anexo Desde las 24 horas (d-m-a) 22 / 08 / 2020 Hasta las 24 horas (d-m-a) 22 / 04 / 2021	
Intermediario SEGUROS CAPITAL LTDA ASESORES		Clave 62867	% Participación 100.00	Compañía COASEGURO CEDIDO
				% Participación

INFORMACION DEL RIESGO

Riesgo: 1

Actividad: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLÍMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 4,000,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 4,000,000,000.00		
DEDUCIBLES: ° 2.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA en ERRORES U OMISIONES				

OBJETO DE LA PÓLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****4,000,000,000.00	PRIMA:	\$ *****146,465,753.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****27,828,493.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****174,294,246.00

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 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 DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 12.08.2019.1329.P.06.0000000E.RC.004A.DOOI, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



REFERENCIA
PAGO:
1100512512651-8

(415)7709998021167 (8020)11005125126518 (3900)000174294246 (96)20210822

21-03-101013584

FIRMA AUTORIZADA

JHONCAMELO

CLIENTE
Oficina Principal Cra. 1° No. 93-23 Bogotá D.C. Teléfono 2156377

Firma del cliente

TEMAECR



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	ANTIGUO COUNTRY	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No.	ANEXO No.
			21-03-101013584	0
TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7	
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3444484
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7	
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43	CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3444484
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES CLINICAS Y HOSPITALES

TOMADOR/ASEGURADO: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

BENEFICIARIOS TERCEROS QUE SUFRAN DAÑOS Y PERJUICIOS INDEMNIZABLES, INCLUYENDO CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURIDICA.

CONDICIONES BASICAS OBLIGATORIAS OBJETO DEL SEGURO

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, QUE GENEREN UN PERJUICIO POR ACCION U OMISIONES DE SUS FUNCIONARIOS, POR LESIONES PERSONALES O MUERTE QUE SE OCASIONEN A TERCEROS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO MEDICO, QUIRURGICO, DENTAL O DE ENFERMERIA LEGALMENTE HABILITADO PARA EJERCERSE Y PRESTADO DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER Y ESPECIFICADOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y/O EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO.

MODALIDAD SEGURO: CLAIMS MADE

VALOR ASEGURADO:

SEGURO DE R.C. PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES OFERTA BASICA \$ 4.000.000.000

AMPAROS Y COBERTURAS BASICAS OBLIGATORIAS

>ACTOS DE RESPONSABILIDAD QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACION AL ACTO MEDICO.

>ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

>LESIONES CORPORALES A TERCEROS, POR SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA ENTIDAD ASEGURADA.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL COMETIDA POR PERSONAL MEDICO ADSCRITO O AUTORIZADO MEDIANTE UN CONVENIO ESPECIAL, SIEMPRE Y CUANDO FIGURE EN UNA RELACION QUE SE ADHIERE A ESTE GRUPO Y FORMA PARTE DE ESTA.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL USO DE EQUIPOS MEDICOS CON FINES DE TRATAMIENTO, DE TERAPIA O DE DIAGNOSTICO, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EL SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO BAJO SUPERVISION DIRECTA.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA COMO CONSECUENCIA DE LA ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA A PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA ACCION LEGAL.

>GASTOS Y COSTOS POR CAUCIONES JUDICIALES O FIANZAS, SOLICITUD DE SUBLIMITE DEL 10% POR EVENTO Y 30% POR VIGENCIA. DE IGUAL FORMA SE TENDRA UNA TASA MAXIMA PARA LA CONSTITUCION DE DICHAS CAUCIONES.

>RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGIAS PLASTICAS O ESTETICAS QUE ESTEN CONTEMPLADAS DENTRO DEL POS, O COMO CONSECUENCIA DE UN FALLO EMITIDO A FAVOR DE UN PACIENTE POR TUTELA, COMO CIRUGIAS VARIATICAS, RECONSTRUCCION DEL SENO, CIRUGIAS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O POR CIRUGIAS RECONSTRUCTIVAS DE ANOMALIAS CONGENITAS. SE OFRECE UNICAMENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CONGENITA.

>COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR ESTUDIOS Y ENSAYOS CLINICOS PATROCINADOS POR ENTIDADES VARIAS, DE ORDEN NACIONAL O INTERNACIONAL.

>LA PRESENTACION DE FIANZAS INCLUIDAS LOS EMBARGOS SUBLIMITADO A \$50.000.000 EVENTO/VIGENCIA

>CONDENA EN COSTAS E INTERESES DE MORA ACUMULADOS A CARGO DEL ASEGURADO.

>NO SUBROGACION CONTRA EMPLEADOS DEL ASEGURADO SALVO DOLO

LIMITES SOLICITADOS:

>GASTOS MEDICOS EXCLUYE PERSONAL DEL ASEGURADO: POR EVENTO 10% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.

>DAÑOS MORALES POR EVENTO 25% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.

>GASTOS Y COSTOS DE DEFENSA POR CUALQUIER DEMANDA CIVIL ENTABLADA CONTRA EL ASEGURADO, SUBLIMITADO POR EVENTO 20% DEL VALOR ASEGURADO, 50% DEL VALOR ASEGURADO POR VIGENCIA.



SEGUROS
DEL
ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101013584	0
TOMADOR	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT	TELEFONO	3444484
ASEGURADO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	NIT	900.959.051-7
DIRECCION	DIAGONAL 34 NO. 5-43 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELEFONO	3444484
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

>FECHA DE RETROACTIVIDAD: SIN QUE SE HUBIESE PRESENTADO INTERRUPCION, A PARTIR DEL 02 DE ABRIL DE 2010.

>MODALIDAD DE RECLAMACION: EL SISTEMA BAJO EL CUAL OPERA LA PRESENTE POLIZA ES POR NOTIFICACION DE INVESTIGACIONES Y/O PROCESOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, DERIVADOS DE HECHOS OCURRIDOS EN EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD CONTRATADO.

>LA EXTENSION DE LA COBERTURA DE 24 MESES: SOLO OPERA CUANDO LA POLIZA ES REVOCADA O NO RENOVADA, ESTA EXTENSION SE DEBE SOLICITAR VEINTE (20) HABILES ANTES DE LA FECHA DE TERMINACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA. EL COSTO DE LA EXTENSION NO PODRA SER MAYOR AL 100% DE LA PRIMA ANUAL DE LA ULTIMA VIGENCIA.

>AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES, AVISO (120) DIAS:

>AMPLIACION PLAZO DE AVISO DE SINIESTRO A (120) DIAS.

>REVOCACION DE LA POLIZA CON AVISO PREVIO DE (120) DIAS.

>ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES.

>NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.

>EVENTOS ADVERSOS.

>REQUISITOS PARA PAGO DE INDEMNIZACION. CON ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 60%, PREVIA DEMOSTRACION DE LA OCURRENCIA Y CUANTIA

>COBERTURA DE POLUCION Y CONTAMINACION ACCIDENTAL

>RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

>ARBITRAMIENTO.

>DESIGNACION DE AJUSTADORES

>CLAUSULAS DE DIFERENCIAS CONTRACTUALES.

>CONOCIMIENTO DEL RIESGO

>CLAUSULA DE BONIFICACION POR BUENA EXPERIENCIA.

>AMPLIACION DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD.

>REDUCCION Y RESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL LIMITE ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.

>AMPARAR LOS COSTOS E INTERES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE QUE LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPANIA HAYA DESEMBOLSADO A LA ENTIDAD EN TALES GASTOS.

>EXPERTICIO TECNICO Y/O PROFESIONAL.

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS

>INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL.

>PROPIETARIOS, ARRENDATARIOS, O POSEEDORES PARA CUBRIR CUALQUIER GASTO QUE LEGALMENTE DEBA PAGAR LA ENTIDAD POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL QUE LLEGARE A IMPUTARSELE EN SU CALIDAD DE ARRENDATARIO O POSEEDOR.

>ANTICIPO DE INDEMNIZACION DE 60% SIEMPRE Y CUANDO SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA Y CUANTIA DE LA PERDIDA.

