

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD. AGE: **720**

RAMO: **88**

PAP:

DIA **22** MES **02** AÑO **2017**

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA **28** MES **02** AÑO **2017** HORAS **23:59**

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA **28** MES **02** AÑO **2018** HORAS **23:59**

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA **27** MES **09** AÑO **2024**

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA **28** MES **02** AÑO **2017** HORAS **23:59**

VIGENCIA DESDE

DIA **28** MES **02** AÑO **2018** HORAS **23:59**

VIGENCIA HASTA

DIA **27** MES **09** AÑO **2024**

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: **CRA 29 NO. 39 - 51**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6022856161**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: **CRA 29 NO. 39 - 51**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6022856161**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA**

CIUDAD: **PALMIRA**

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		225,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

CONDICIONES GENERALES TEXTO SOLIDARIA 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2.

CONDICIONES PARTICULARES

Dirección del predio: Sede Principal Carrera 29 N° 39-51 Palmira, incluyendo los Centros y Puestos de Salud donde se presta el servicio por personal médico profesional al servicio del asegurado, según relación de predios descritos en el anexo No. 1 de la presente.

Límite Geográfico: República de Colombia

COBERTURAS

Responsabilidad civil profesional médica
R c profesional médica durante transporte en ambulancia
Responsabilidad civil general

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****52,500,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****9,977,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****62,492,850
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE **GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA** CLAVE **4796** %PART **100.00**

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA %PART VALOR ASEGURADO

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 A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

MAURGARCIA720 0

C9DA25780E0CF4795A

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000004 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

LIMITE:\$ 1.500.000.000 - Limite único combinado con gastos de defensa en agregado/vigencia.

AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa:Sublímite del 15% del Básico. Por proceso \$25.000.000. Sin deducible.

Costos para la constitución de cauciones: Sublímite del 10% del Básico. Sin deducible.

Costas del proceso:Sublímite del básico.

Extensión periodo de reclamaciones/RC Prof Medica / Gastos Defensa:12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas:Sublímite de 50% del Básico.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales:Sublímite de 30% de Básico.

RETROACTIVIDAD

La retroactividad será a partir a partir del 28 de Febrero de 2015, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando no se Tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGÚN CLAUSULADO GENERAL.

El presente amparo otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período 24 meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

1. CLAUSULAS ADICIONALES

1.1. Aviso de siniestro 30 días

1.2. Revocación de la póliza, con término de treinta (30) días.

1.3. Cláusula de no renovación tácita o automática.

1.4. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

1.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

1.6. Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado anual de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

o Asegurado contra Asegurado.

o Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o súper-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

o Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

o Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

o Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC de Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no médicos (E&O), Servidores Públicos, RC de Automotores, etc.

o Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Esquitar en Colombia.

o Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

o Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

o Cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de gastos de defensa, derivadas de:

a. Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

b. Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

La Empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

Puesto de Salud Matapalo Matapalo

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA** COD. AGENCIA: **720** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000004** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
ASEGURADO:	HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	IDENTIFICACIÓN:	NIT	815.000.316-9
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco
Puesto de Salud La Torre La Torre
Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca
Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera
Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva
Puesto de Salud Tablones Tablones
Puesto de Salud Juanchito Juanchito
Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
Centro de Salud Rozo Rozo
Puesto de Salud Obando Obando
Puesto de Salud - Amaime Amaime
Puesto de Salud Barrancas Barrancas
Puesto de Salud Boyacá Boyacá
Puesto de Salud Combia Combia
Puesto de Salud La Acequia La Acequia
Puesto de Salud La Nevera La Nevera
Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43
Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina
Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
Puesto de Salud Tenjo Tenjo
Puesto de Salud la Herradura La Herradura
Puesto de Salud La Pampa La Pampa
Puesto de Salud La Dolores La Dolores
Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal