

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**7250084899**

**PÓLIZA No: 720 -88 - 99400000004 ANEXO:2**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>PALMIRA</b>			COD. AGE: 720			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
14	02	2018	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365	18	10	2023
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>			TIPO DE IMPRESIÓN: <b>REIMPRESION</b>											

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>RENOVACION</b>	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS			
	28	02	2018	23:59	28	02	2019	23:59	365			
	VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			A LAS		

**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** 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** TELÉFONO: **6022856161**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE** 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.

MODALIDAD DE COBERTURA:  
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

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

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA	4796	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA 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 **MAURGARCIA 0**

Ahor 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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000004 ANEXO: 2

## 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

### RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de Febrero de 2015. No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

### DEDUCIBLES:

"Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

"Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

"Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

### AMPARO BÁSICO:

"Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

R c profesional médica durante transporte en ambulancia: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

"Responsabilidad civil general; límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

"Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.

"Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.

"Suministro de medicamentos

"Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

"Gastos de Defensa: Sublímite del 15% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así:

Por proceso; \$25.000.000 / por Evento \$50.000.000.

"Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$100.000.000 por evento/ vigencia.

"Costas del proceso según fallo judicial: Según texto clausulado general Aseguradora Solidaria.

"Gastos Médicos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

"Amparo de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

a) Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.

b) Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes

c) Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad

Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales; Sublímite del 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el lucro cesante.

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

"Extensión del Período de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se 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 veinticuatro (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.

"No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

"Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

"Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

"Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

"Cláusula de no renovación tácita o automática.

"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.

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PALMIRA

COD. AGENCIA: 720

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000004 ANEXO: 2

## 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

### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

"Asegurado contra Asegurado.

"Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.

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

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

"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.

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

"Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como: RC Patronal, RC Directores y Oficiales (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

"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 Exquatur en Colombia.

"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.

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

"Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

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

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

### AMBITO TERRITORIAL:

"Jurisdicción y Legislación Aplicable: Colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

"Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

"Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.

"Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

"Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

"Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.

"Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

### 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

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

# 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: 2

## 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

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