

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

7250084899

PÓLIZA No: 720 -88 - 994000000004

ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

DIA MES AÑO
22 02 2017

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

DIA MES AÑO
23 02 2017

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESIÓN**

TIPO DE MOVIMIENTO: **RENOVACIÓN**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO HORAS
28 02 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

ALAS

DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

DIRECCIÓN: **CALLE 36 39 75**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE**

IDENTIFICACIÓN NIT: **815.000.316-9**

TÉLEFONO: **2733327**

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

DIRECCIÓN: **CALLE 36 39 75**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE**

IDENTIFICACIÓN NIT: **815.000.316-9**

TÉLEFONO: **2733327**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN NIT: **001-8**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE**

CIUDAD: **PALMIRA**

DIRECCIÓN: **CARRERA 29 No. 39-51 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCIÓN AMPAROS

SUMA ASEGURADA

LÍMITE POR EVENTO

DANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL
TRANSPORTE EN AMBULANCIA
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
GASTOS DE DEFENSA

\$ 1,500,000,000.00
1,500,000,000.00
1,500,000,000.00
1,500,000,000.00
1,500,000,000.00
1,500,000,000.00
225,000,000.00

0.00
0.00
0.00
0.00
0.00
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 No. 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
Responsabilidad médica durante transporte en ambulancia
Responsabilidad civil general

VALOR ASEGURADO TOTAL
\$ **1,500,000,000.00**

VALOR PRIMA
\$ *******52,500,000**

GASTOS EXPEDICIÓN
\$ *******15,000.00**

IVA
\$ *******9,977,850**

TOTAL A PAGAR
\$ *******62,492,850**

INTERMEDIARIO

NOMBRE
GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA

CLAVE
4796

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

COASEGURO CEDIDO

%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 L.D.A. 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)770196100019(8020)0000000007000725008489

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

MAURGARCIA720 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

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

DATOS DEL TOMADOR

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

TEXTO ITEM 1

LIMITES: \$ 1.500.000.000 - Límite 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 período de reclamaciones/RC Prof Médica / 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% del Básico.

RETROACTIVIDAD

La retroactividad será 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.

EXTENSION DEL PERIODO DE RECLAMACIONES PARA EL AMPARO 1.1 "RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA" Y 1.3.1 "COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO" SEGUN 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 sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período de 24 meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habiéndose iniciado, 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. Clausula 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 aparos 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 selectivos para la reducción de peso o embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o liposculptura, 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 su per-obesidad con masa corporal superior a 15 kilogramos por metro cuadrado.
- o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/o origen.
- o Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta 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 (R&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 cubren 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:
- a. 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 esta 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 esta producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

ANEXO No. 1

RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDANAS

Hospital Raul Orejuela Bueno Calle 34 No. 39 - 75 - Bvillia
Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44
Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86
Puesto de Salud Municipal Cra 38 No. 31- 45
Puesto de Salud Metapalo Metapalo

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **PALMIRA**

COD AGENCIA: 720

RAMO: 88

Nº POLIZA: 994000000004

ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

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 Juancho Juancho
 Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro
 Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58
 Centro de Salud Roso Roso
 Puesto de Salud Obando Obando
 Puesto de Salud - Amaine Amaine
 Puesto de Salud Barrancas Barrancas
 Puesto de Salud Boyaca Boyaca
 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. 18 - 20
 Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
 Puesto de Salud Guanabana Guanabana

CLIENTE