

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4207358179**

**PÓLIZA No: 420 -88 - 99400000022 ANEXO:4**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>CALI NORTE</b>			COD. AGE: 420			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	02	2022	02	02	2022	23:59	28	02	2022	23:59	26	30	07	
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>MODIFICACION</b>		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	
VIGENCIA DEL ANEXO		28	02	2021	23:59	28	02	2022	23:59	365	
		VIGENCIA DESDE			A LAS		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 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**

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		45,000,000.00	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

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, DERIVADA DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MODALIDAD POR EVENTO No. E-002-2021, SUSCRITO ENTRE U.T. ERON SALUD UNION TEMPORAL Y HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E. - PALMIRA HASTA POR LA SUMA DE 200 SMLLV.

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, CONOCIDAS 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, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: \$ *****	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****	TOTAL A PAGAR: \$ *****
-------------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------------------

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 EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ 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)00000000007000420735817

**FIRMA TOMADOR**

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

CLIENTE NAGUIRE 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

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA: 420

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000022** ANEXO: 4

## 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

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR.