

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361440532

PÓLIZA No: 436 -88 - 99400000091 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO			COD. AGE: 436			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
26	06	2020	26	06	2020	23:59	26	06	2021	23:59	365	08	08	2024
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
A LAS			A LAS			A LAS			DIAS			A LAS		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	26	06	2020	23:59	26	06	2021	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.201.410-2**

DIRECCIÓN: **CARRERA 11 CALLE 12 ESQUINA** CIUDAD: **LA CRUZ, NARIÑO** TELÉFONO: **3128501609**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.201.410-2**

DIRECCIÓN: **CARRERA 11 CALLE 12 ESQUINA** CIUDAD: **LA CRUZ, NARIÑO** TELÉFONO: **3128501609**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **LA CRUZ**

DIRECCION: **CARRERA 11 No. 012-0 ESQUINA**

ACTIVIDAD: **INSTITUCION MEDICA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 351,120,800.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		351,120,800.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		351,120,800.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		351,120,800.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		351,120,800.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		351,120,800.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV 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 891201410 - HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E.
ASEGURADO: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E.
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: LA CRUZ - NARIÑO
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD.
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES
NIVEL DE COMPEJIDAD: I
VIGENCIA: UN AÑO

OBJETO DEL SEGURO:
=====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***351,120,800.00	VALOR PRIMA: \$ *****5,266,812	GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00	IVA: \$ ****1,003,544	TOTAL A PAGAR: \$ *****6,285,356
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS SIO LTDA	7777	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 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)00000000007000436144053

FIRMA TOMADOR

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

JCAICEDO 0

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

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: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000091 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

ASEGURADO: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIONES GENERALES:

=====

TEXTOS SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI

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.

RETROACTIVIDAD:

=====

EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA QUE SE OTORGA SERÁ A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA. 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.

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 CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

EN CASO DE PRESENTARSE INTERRUPTIÓN DE COBERTURA ENTRE LA FECHA ANTERIORMENTE CITADA Y LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES LA CORRESPONDIENTE AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL

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 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA, EN EL AGREGADO VIGENCIA, DISTRIBUIDO, ASÍ: POR PROCESO; \$5.000.000 / POR EVENTO \$10.000.000

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE \$10.000.000 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.

" 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:

=====

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000091 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

ASEGURADO: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" 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 DOCE (12) 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 100% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.

" CLÁUSULA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA CON REVISIÓN DE TÉRMINOS: MEDIANTE LA PRESENTE CLÁUSULA SE ACUERDA ENTRE EL PRESENTE SEGURO SE RENOVARÁ DE MANERA AUTOMÁTICA, SIEMPRE QUE NO SE PRESENTE CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL FORMULARIO (PROPOSAL FORM DEL AÑO 2019), Y QUE LA SINIESTRALIDAD NO EXCEDA EL 50% DE LAS PRIMAS FACTURADAS EN LA VIGENCIA.

" DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

" LOS SUBLÍMITES Y COBERTURAS OFRECIDOS, HACEN PARTE DE LA SUMA ASEGURADA Y NO EN ADICIÓN A ESTA.

" 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.

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 SÚPER-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 AUTOMÓTORES.

" RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDE 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.

" RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL DE LOS MÉDICOS O INTERVINIENTES EN EL ACTO MÉDICO, QUE PRESTEN SUS SERVICIOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA BAJO CUALQUIER CONTRATO O AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO.

" RECLAMACIONES DERIVADAS DE INCONFORMIDAD DEL PACIENTE CON EL RESULTADO ESTÉTICO FINAL.

DEDUCIBLES:

=====

" GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

" DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 5 SMLLV.

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:

=====

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000091 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

ASEGURADO: HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.201.410-2

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" 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.

INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL: SE ADJUNTA RELACIÓN
=====

MÉDICOS GRUPO A: PERSONAL MÉDICO BAJO RELACIÓN LABORAL, DE ACUERDO A SU ESPECIALIZACIÓN

MÉDICOS GRUPO B: PERSONAL MÉDICO AUTORIZADO, PARA EJERCER SU PROFESIÓN DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO.

MEDICOS

1. JIMENA ORTEGA ORDOÑEZ C.C. 27279971
2. RONALD HERNANDEZ HERNANDEZ C.C. 87455395
3. JUAN CARLOS REALPE MONTERO C.C. 1088972007
4. Alejandra Zamora Rosero C.C. 1085314827
5. ANA ESTEFANIA RIASCOS ARGOTE C.C. 1085308157
6. YENER ANDRES RODRIGUEZ MACHADO C.C. 1085306894
7. MARIO ANDRES ENRIQUEZ ROSERO C.C. 1,086,329,263 Médico SSO
8. ANA CISTINA RODRIGUEZ C.C. 1,143,862,774 Médico SSO

ODONTOLOGO

7. JUAN PABLO ORTEGA REALPE C.C. 1088970833

BACTERIOLOGOS

9. MAYERLANDY TORO IMBACHI C.C. 30743952
10. KATERINE ALEJANDRA ORDOÑEZ ORDOÑEZ C.C.1083813848

AUXILIARES DE ENFERMERIA

12. LUZ DE ALBA BURBANO LOPEZ C.C. 27,424,127 Aux Maternidad
13. HERMENCIA REALPE SAMBONY C.C. 27,275,257 Aux Vacunación
14. LUZ MARINA FIGUEROA MARTINEZ C.C. 27,275,062 Aux Laboratorio
15. OMAIRA LUCIA ALVEAR TORRES C.C. 27,274,896 Aux Enfermería
16. RUTH MARGARITA ALVEAR TORRES C.C. 27,275,683 Aux Enfermería
17. AMPARO JANETH DIAZ ROSERO C.C. 27,275,636 Aux Enfermería
18. MARIA ARGENA AGUILAR BOLAÑOS C.C. 27,275,460 Aux Enfermería

JEFES DE ENFERMERIA

1. DIANA MARCELA CERON ORDOÑEZ C.C. 1,088,970,429 Jefe Extramural
2. YOLANDA CATALINA ALVEAR GUERRERO C.C. 27277694 PAI
3. YOLANDA ALEXANDRA ORTEGA REALPE C.C. 1088970547 CRONICOS
4. MONICA LUCIA MUÑOZ LEYTON C.C. 27277995 Urg Y Hospitaliza