

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4361020565

PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000031 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO				COD. AGE: 436				RAMO: 88				PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
09	02	2017		01	02	2017	23:59	01	02	2018	23:59	365	04	09	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL								TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION							

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS				DÍAS															
				01				02				2017				23:59				01				02				2018				23:59				365			
				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS																							

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0	
DIRECCIÓN: CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ		TELÉFONO: 6027288057	
CIUDAD: SANDONÁ, NARIÑO			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO			
ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0	
DIRECCIÓN: CALLE 9 #03 - 39 BARRIO MELENDEZ		TELÉFONO: 6027288057	
CIUDAD: SANDONÁ, NARIÑO			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS		IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS			
ITEM: 1		DEPARTAMENTO: NARIÑO	
CIUDAD: SANDONÁ			

DIRECCION: CALLE 9 NO. 3-39			
ACTIVIDAD: HOSPITAL			

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 891200248 - E.S.E. HOSPITAL CLARITA SANTOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

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

1. OBJETO DEL SEGURO:
=====

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:

2. INFORMACION BASICA
=====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****7,844,730	GASTOS EXPEDICION: \$***15,001.00	IVA: \$ ****1,493,349	TOTAL A PAGAR: \$ *****9,353,080
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SANDRA PATRICIA MONTENEGRO CALVACHE	8012	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)00000000007000436102056	FIRMA TOMADOR

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

CADB26790F0DFC7B59 CLIENTE JCAICEDO 0

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

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: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

TOMADOR: E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA I NIVEL
ASEGURADO: E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA I NIVEL
DIRECCIÓN: CALLE 9 NO. 03 - 39 BARRIO MELÉNDEZ, SANDONA - NARIÑO
BENEFICIARIOS: ASEGURADO / TERCEROS AFECTADOS

3. INFORMACION ECONOMICA =====

LIMITE ASEGURADO BÁSICO: COL \$500.000.000 LIMITE AGREGADO VIGENCIA.
SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA: \$100.000.000.00
VIGENCIA DE LA PÓLIZA: DOCE (12) MESES

4. COBERTURAS =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

VR. ASEGURADO =====

\$500.000.000

LIMITE DE COBERTURA =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: 100%
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: SUBLIMITE AL 100%
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: SUBLIMITE AL 100%

DEDUCIBLE =====

10%, MÍNIMO \$3.500.000

MODALIDAD =====

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA : CLAIMS MADE
- R C PROFESIONAL MÉDICA DURANTE TRANSPORTE EN AMBULANCIA: CLAIMS MADE
- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: BASE OCURRENCIA

4.1. AMPAROS ADICIONALES =====

COBERTURA: HONORARIOS DE DEFENSA
VALOR ASEGURADO: \$20.000.000 PROCESO
LIMITE DE COBERTURA: SUBLIMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.

COBERTURA: COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES
VALOR ASEGURADO: \$10.000.000
LIMITE DE COBERTURA: SUBLIMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.

COBERTURA: COSTAS DEL PROCESO
LIMITE DE COBERTURA: SUBLIMITE DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE

COBERTURA: EXTENSIÓN PERÍODO DE RECLAMACIONES/RC PROF MEDICA / GASTOS DEFENSA.
12 MESES, CON COBRO DEL 100% DE LA PRIMA ANUAL.

COBERTURA: RC GENERAL INDIRECTA DE MÉDICOS ADSCRITOS Y CONTRATISTAS.
SUBLIMITE DE 30% DEL BÁSICO.
SIN DEDUCIBLE.
MODALIDAD: BASE OCURRENCIA

COBERTURA: LUCRO CESANTE ~~Y~~ BENEFICIOS EXTRA PATRIMONIALES

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

ASEGURADO: ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.200.248-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

DEDUCIBLE: APLICA SEGÚN AMPARO AFECTADO
MODALIDAD: CLAIMS MADE / BASE OCURRENCIA

5. RETROACTIVIDAD =====

LA RETROACTIVIDAD SERÁ AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA CON ASEGURADORA SOLIDARIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

6. 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.

7. CLAUSULAS ADICIONALES

7.1. AVISO DE SINIESTRO 30 DÍAS

7.2. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA, CON TÉRMINO DE TREINTA (30) DÍAS.

7.3. CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.

7.4. NO HABRÁ RESTITUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE SINIESTRO.

7.5. TODOS LOS AMPAROS Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO ANUAL DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

8. EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES, 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 EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTÉTICAS, INCLUYENDO LIPOSUCCIÓN O LIPOESCULTURA, 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 Y EXTRA CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DE DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), SERVIDORES PÚBLICOS, RC DE AUTOMOTORES, ETC.

- RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS EN TABLAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE ESQUITAR 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/O 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.

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:

a. SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO COD. AGENCIA: 436 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000031 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.248-0
ASEGURADO:	ESE HOSPITAL CLARITA SANTOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	891.200.248-0
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

b. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

9. AMBITO TERRITORIAL
=====

COBERTURA: COLOMBIA
JURISDICCION APLICABLE: COLOMBIA

10. 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.