

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

9820000033

PÓLIZA No: 982 -88 - 99400000002 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA.

COD. AGE: 982

RAMO: 88

PAP

DIA	MES	AÑO
17	01	2018

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA	MES	AÑO	HORAS
15	01	2018	23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA	MES	AÑO	HORAS
15	01	2019	23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

365

DIAS

DIA	MES	AÑO
18	01	2018

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL

TIPO DE IMPRESION: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA	MES	AÑO	HORAS
15	01	2018	23:59

VIGENCIA DESDE A LAS

DIA	MES	AÑO	HORAS
15	01	2019	23:59

VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

IDENTIFICACION: NIT 860.015.929-2

DIRECCIÓN: CALLE 1 NRO 7 - 56

CIUDAD: VILLETA, CUNDINAMARCA

TELÉFONO: 8444118

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA

IDENTIFICACION: NIT 860.015.929-2

DIRECCIÓN: CALLE 1 NRO 7 - 56

CIUDAD: VILLETA, CUNDINAMARCA

TELÉFONO: 8444118

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACION: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

CIUDAD: VILLETA

DIRECCION: HOSPITAL DE VILLETA

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR Y ASEGURADO:

E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO:

TERCEROS AFECTADOS.

OBJETO DEL SEGURO:

AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y MORALES, LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O MEDICO AUXILIAR, FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO O TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO, Y BAJO LA SUPERVISION DEL HOSPITAL.

VALOR ASEGURADO:

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ ****400,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ *****16,000,000

GASTOS EXPEDICION:
\$ *****0.00

IVA
\$ ****3,040,000

TOTAL A PAGAR
\$ *****19,040,000

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE
DORIS FABIOLA LEON NIÑO

CLAVE
4329

%PART
100.00

NOMBRE COMPAÑIA

%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 COOPERATIVA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

Aseguradora Solidaria
de Colombia
NIT. 860.524.654-6



FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000982000003

Joselyn Cipriani
FIRMA TOMADOR

DIRECCION NOTIFICACION ASEGURADORA Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

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 8801 ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA. AGENCIA: 982 RAMO 88 No PÓLIZA 994000000002 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN NIT 860.015.929-2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN NIT 860.015.929-2
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

COP \$400.000.000

TERMINOS OTORGADOS SEGUN FORMULARIO PRESENTADO

A. RIESGOS AMPARADOS

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS

1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE INCURRA EL HOSPITAL RELACIONADO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.
2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DE SERVICIO DEL HOSPITAL.
3. ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES DERIVADA DE SU EJERCICIO PROFESIONAL.
4. ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EJERCICIO DE CADA ACTIVIDAD MEDICA POR PERSONAL MEDICO Y AUXILIARES, PARAMEDICO Y AUXILIARES, FARMACEUTICO, LABORATORISTA, DE RAYOS X, ENFERMERIA Y AUXILIARES, NUTRICIONISTA, ODONTOLOGOS Y AUXILIARES Y EN GENERAL TODO Y CADA UNO DEL PERSONAL QUE EJERZA ACTIVIDADES AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER RELACION LABORAL, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
5. DAÑOS O PERJUICIO A TERCEROS Y/O PACIENTES A CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: SUMINISTRO DE COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES A LOS PACIENTES ATENDIDOS, O EL MAL USO DE APARATOS COMO RAYOS X, SCANNER, LASER, Y OTROS Y TRATAMIENTOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
6. RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MEDICO COMO PROFESIONAL.
7. EL PAGO DEL IMPORTE DE LAS PRIMAS POR FIANZAS JUDICIALES O CAUCION, QUE EL ASEGURADO DEBA OTORGAR EN GARANTIA DEL PAGO DE LAS SUMAS QUE SE LE RECLAMEN A TITULO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

CLAUSULAS ADICIONALES

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS:

DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES.

ERRORES U OMISIONES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL NO INTENCIONALES.

LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL ASEGURADO POR LOS ACTOS U OMISIONES REALIZADOS EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES QUE AL SERVICIO DEL ASEGURADO EJERZAN UNA PROFESION MEDICA, MEDICA AUXILIAR, FARMACEUTICA O LABORATORISTA, A CONSECUENCIA DE HECHOS U OMISIONES NO DOLOSOS OCURRIDOS POR NEGLIGENCIA O POR IMPERICIA.

GASTOS JUDICIALES Y GASTOS DE DEFENSA 50% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

GASTOS MEDICOS \$25.000.000 EVENTO - \$50.000.000 VIGENCIA DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

FALTA GRAVE.

DAÑOS Y PERJUICIOS MORALES HASTA POR \$50.000.000 EVENTO/PERSONA.

DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DEL HOSPITAL, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS. SUBLIMITE \$20.000.000

PAGO DE LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES LEGALES QUE DEBA PAGAR EL ASEGURADO POR RESOLUCION JUDICIAL O ARBITRAL EJECUTORIADAS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA SUSTITUCION PROVISIONAL DE APARATOS MEDICOS O MEDICAMENTOS QUE EFECTUE UN PROFESIONAL QUE EJERZA LA MISMA ESPECIALIDAD DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

DAÑOS OCASIONADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL.

AMPARAR LOS COSTOS E INTERESES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE CUANDO LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPAÑIA HAYA REEMBOLSADO A LA ENTIDAD SU PARTICIPACION EN TALES GASTOS, SUBLIMITE DE \$25.000.000

RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTOS DE EMPLEADOS TEMPORALES, TRANSITORIOS O CONTRATISTAS

NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.

DEDUCIBLES:

BASICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO COP \$3.000.000.

GASTOS DE DEFENSA: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 2 SMMLV.

CLIENTE

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9820000033

PÓLIZA No: 982 -88 - 99400000002 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA.** COD. AGE: 982 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
17	01	2018	23:59	15	01	2018	23:59	15	01	2019	23:59	365

FECHA DE EXPEDICIÓN: 17/01/2018 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: 15/01/2018 A LAS 23:59 VIGENCIA DESDE: 15/01/2018 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 15/01/2019 A LAS 23:59 DIAS: 365

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
15	01	2018	23:59	15	01	2019	23:59	365

VIGENCIA DEL ANEXO: 15/01/2018 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 15/01/2019 A LAS 23:59

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 NRO 7 - 56** CIUDAD: **VILETA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8444118**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 NRO 7 - 56** CIUDAD: **VILETA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8444118**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA** CIUDAD: **VILETA**

DIRECCION: **HOSPITAL DE VILETA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR Y ASEGURADO:
E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILETA - NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO:
TERCEROS AFECTADOS.

OBJETO DEL SEGURO:

AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y MORALES, LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O MEDICO AUXILIAR, FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO O TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO, Y BAJO LA SUPERVISION DEL HOSPITAL.

VALOR ASEGURADO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***400,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****16,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****3,040,000	TOTAL A PAGAR: \$ *****19,040,000
--	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
DORIS FABIOLA LEON NIÑO	4329	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



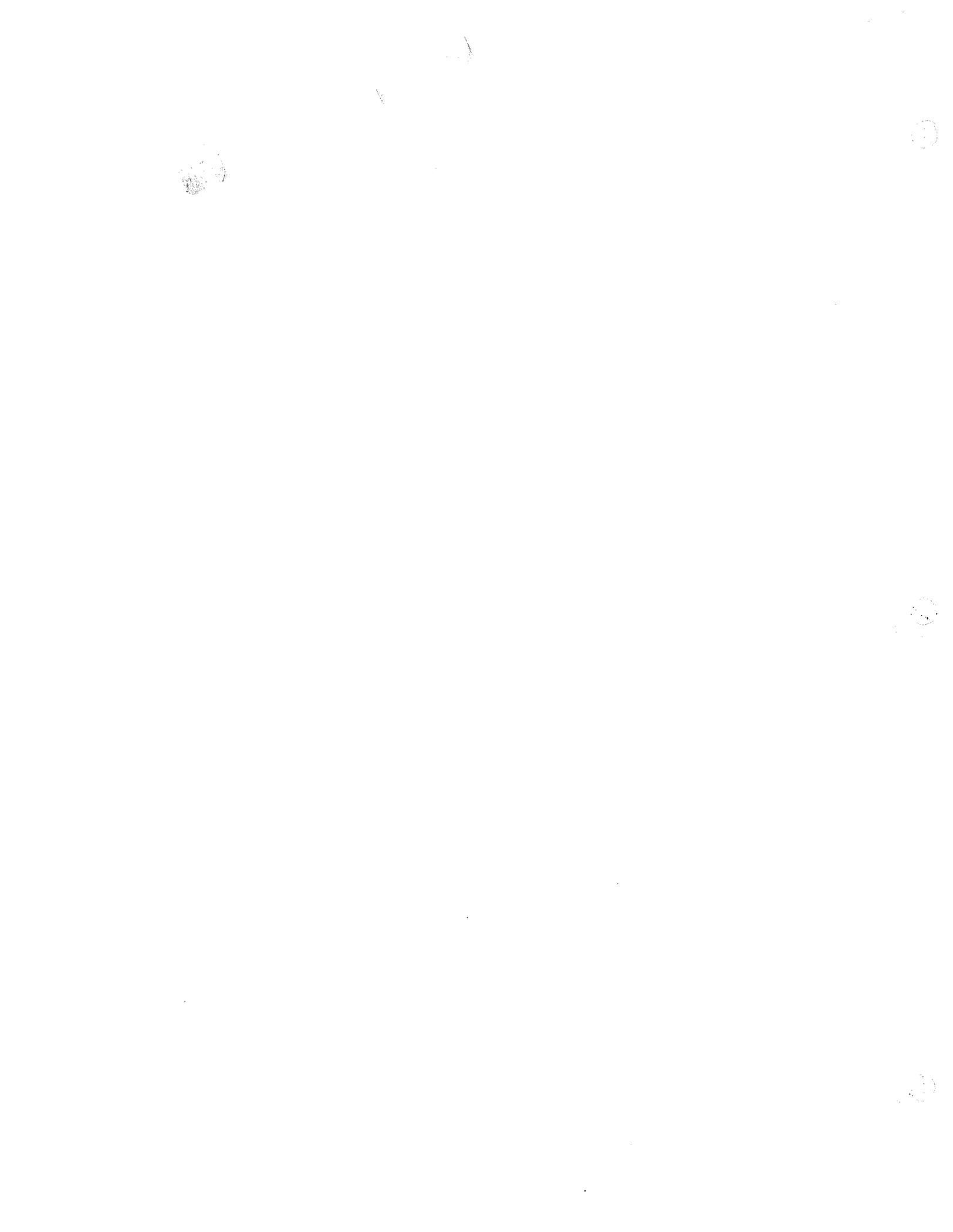
(415)7701861000019(8020)00000000007000982000003

Josmar Civeres
FIRMA TOMADOR

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

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 RETENCIÓN EN LA FUENTE



POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA. AGENCIA: 982 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

COP \$400.000.000

TERMINOS OTORGADOS SEGUN FORMULARIO PRESENTADO

A. RIESGOS AMPARADOS

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS

1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE INCURRA EL HOSPITAL RELACIONADO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.
2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DE SERVICIO DEL HOSPITAL.
3. ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES DERIVADA DE SU EJERCICIO PROFESIONAL.
4. ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EJERCICIO DE CADA ACTIVIDAD MEDICA POR PERSONAL MEDICO Y AUXILIARES, PARAMEDICO Y AUXILIARES, FARMACEUTICO, LABORATORISTA, DE RAYOS X, ENFERMERIA Y AUXILIARES, NUTRICIONISTA, ODONTOLOGOS Y AUXILIARES Y EN GENERAL TODO Y CADA UNO DEL PERSONAL QUE EJERZA ACTIVIDADES AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER RELACION LABORAL, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
5. DAÑOS O PERJUICIO A TERCEROS Y/O PACIENTES A CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: SUMINISTRO DE COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES A LOS PACIENTES ATENDIDOS, O EL MAL USO DE APARATOS COMO RAYOS X, SCANNER, LASER, Y OTROS Y TRATAMIENTOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
6. RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MEDICO COMO PROFESIONAL.
7. EL PAGO DEL IMPORTE DE LAS PRIMAS POR FIANZAS JUDICIALES O CAUCION, QUE EL ASEGURADO DEBA OTORGAR EN GARANTIA DEL PAGO DE LAS SUMAS QUE SE LE RECLAMEN A TITULO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

CLAUSULAS ADICIONALES

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS:

DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES.

ERRORES U OMISIONES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL NO INTENCIONALES.

LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL ASEGURADO POR LOS ACTOS U OMISIONES REALIZADOS EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR, LA RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES QUE AL SERVICIO DEL ASEGURADO EJERZAN UNA PROFESION MEDICA, MEDICA AUXILIAR, FARMACEUTICA O

LABORATORISTA, A CONSECUENCIA DE HECHOS U OMISIONES NO DOLOSOS OCURRIDOS POR NEGLIGENCIA O POR IMPERICIA.

GASTOS JUDICIALES Y GASTOS DE DEFENSA 50% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

GASTOS MEDICOS \$25.000.000 EVENTO - \$50.000.000 VIGENCIA DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

FALTA GRAVE.

DAÑOS Y PERJUICIOS MORALES HASTA POR \$50.000.000 EVENTO/PERSONA.

DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DEL HOSPITAL, EN QUE SE DESARROLLAN

LAS ACTIVIDADES PROPIAS. SUBLIMITE \$20.000.000

PAGO DE LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES LEGALES QUE DEBA PAGAR EL ASEGURADO POR RESOLUCION JUDICIAL O ARBITRAL EJECUTORIADAS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA SUSTITUCION PROVISIONAL DE APARATOS MEDICOS O MEDICAMENTOS QUE EFECTUE UN PROFESIONAL QUE

EJERZA LA MISMA ESPECIALIDAD DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

DAÑOS OCASIONADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL.

AMPARAR LOS COSTOS E INTERESES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE CUANDO LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE

PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPAÑIA HAYA REEMBOLSADO A LA ENTIDAD

SU PARTICIPACION EN TALES GASTOS, SUBLIMITE DE \$25.000.000

RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTOS DE EMPLEADOS TEMPORALES, TRANSITORIOS O CONTRATISTAS

NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.

DEDUCIBLES:

BASICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO COP \$3.000.000.

GASTOS DE DEFENSA: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 2 SMMLV.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS



NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9820000033

PÓLIZA No: 982 -88 - 99400000002 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA.			COD. AGE: 982			RAMO: 88			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
17	01	2018	15	01	2018	23:59	15	01	2019	23:59	365	18	01	2018
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			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	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	
		15	01	2018	23:59	15	01	2019	23:59	365	
		VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 NRO 7 - 56** CIUDAD: **VILLETA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8444118**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA** IDENTIFICACIÓN: NIT **860.015.929-2**

DIRECCIÓN: **CALLE 1 NRO 7 - 56** CIUDAD: **VILLETA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8444118**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA** CIUDAD: **VILLETA**

DIRECCION: **HOSPITAL DE VILLETA**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		400,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR Y ASEGURADO:
E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA - NIT 860.015.929-2

BENEFICIARIO:
TERCEROS AFECTADOS.

OBJETO DEL SEGURO:

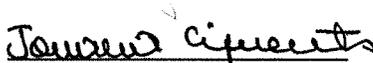
AMPARAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y MORALES, LOS DAÑOS MATERIALES Y LAS LESIONES PERSONALES QUE EL HOSPITAL CAUSE CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD, EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES POR PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO O MEDICO AUXILIAR, FIRMAS ESPECIALIZADAS, COOPERATIVAS, UNIONES TEMPORALES, EMPRESAS ASOCIATIVAS DE TRABAJO O TERCEROS PRESTADORES DEL SERVICIO, Y BAJO LA SUPERVISION DEL HOSPITAL.

VALOR ASEGURADO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****400,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****16,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ ****3,040,000	TOTAL A PAGAR: \$ *****19,040,000
---	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE DORIS FABIOLA LEON NIÑO	CLAVE 4329	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA %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 ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR  **FIRMA TOMADOR** 

(415)7701861000019(8020)00000000007000982000003

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 EFECTUARA RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ AVANCE SEGURO LTDA, AGENCIA: 982 RAMO: 88 No PÓLIZA: 99400000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA IDENTIFICACIÓN: NIT 860.015.929-2
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

COP \$400.000.000

TERMINOS OTORGADOS SEGUN FORMULARIO PRESENTADO

A. RIESGOS AMPARADOS

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS

1. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE INCURRA EL HOSPITAL RELACIONADO CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.
2. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DE SERVICIO DEL HOSPITAL.
3. ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES DERIVADA DE SU EJERCICIO PROFESIONAL.
4. ACTOS U OMISIONES COMETIDOS EN EJERCICIO DE CADA ACTIVIDAD MEDICA POR PERSONAL MEDICO Y AUXILIARES, PARAMEDICO Y AUXILIARES, FARMACEUTICO, LABORATORISTA, DE RAYOS X, ENFERMERIA Y AUXILIARES, NUTRICIONISTA, ODONTOLOGOS Y AUXILIARES Y EN GENERAL TODO Y CADA UNO DEL PERSONAL QUE EJERZA ACTIVIDADES AL SERVICIO DEL ASEGURADO BAJO CUALQUIER RELACION LABORAL, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
5. DAÑOS O PERJUICIO A TERCEROS Y/O PACIENTES A CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: SUMINISTRO DE COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES A LOS PACIENTES ATENDIDOS, O EL MAL USO DE APARATOS COMO RAYOS X, SCANNER, LASER, Y OTROS Y TRATAMIENTOS CON FINES DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA, HASTA POR EL 100% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.
6. RESPONSABILIDAD CIVIL ACTO MEDICO COMO PROFESIONAL.
7. EL PAGO DEL IMPORTE DE LAS PRIMAS POR FIANZAS JUDICIALES O CAUCION, QUE EL ASEGURADO DEBA OTORGAR EN GARANTIA DEL PAGO DE LAS SUMAS QUE SE LE RECLAMEN A TITULO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

CLAUSULAS ADICIONALES

SE OTORGA TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS:

DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES.

ERRORES U OMISIONES POR PARTE DEL PERSONAL PROFESIONAL NO INTENCIONALES.

LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL ASEGURADO POR LOS ACTOS U OMISIONES REALIZADOS EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR, LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LOS EMPLEADOS Y TRABAJADORES QUE AL SERVICIO DEL ASEGURADO EJERZAN UNA PROFESION MEDICA, MEDICA AUXILIAR, FARMACEUTICA O LABORATORISTA, A CONSECUENCIA DE HECHOS U OMISIONES NO DOLOSOS OCURRIDOS POR NEGLIGENCIA O POR IMPERICIA.

GASTOS JUDICIALES Y GASTOS DE DEFENSA 50% DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

GASTOS MEDICOS \$25.000.000 EVENTO - \$50.000.000 VIGENCIA DE LOS GASTOS DEMOSTRADOS.

FALTA GRAVE.

DAÑOS Y PERJUICIOS MORALES HASTA POR \$50.000.000 EVENTO/PERSONA.

DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DEL HOSPITAL, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS. SUBLIMITE \$20.000.000

PAGO DE LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES LEGALES QUE DEBA PAGAR EL ASEGURADO POR RESOLUCION JUDICIAL O ARBITRAL EJECUTORIADAS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA SUSTITUCION PROVISIONAL DE APARATOS MEDICOS O MEDICAMENTOS QUE EFECTUE UN PROFESIONAL QUE EJERZA LA MISMA ESPECIALIDAD DEL MEDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD TRATANTE.

DAÑOS OCASIONADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL.

AMPARAR LOS COSTOS E INTERESES POR LOS CUALES SEA RESPONSABLE LA ENTIDAD DESDE CUANDO LA SENTENCIA SE DECLARE EN FIRME O DESDE QUE SE PRONUNCIE EL LAUDO ARBITRAL, O DESDE EL ACUERDO CONCILIATORIO O TRANSACCIONAL HASTA CUANDO LA COMPAÑIA HAYA REEMBOLSADO A LA ENTIDAD SU PARTICIPACION EN TALES GASTOS, SUBLIMITE DE \$25.000.000

RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTOS DE EMPLEADOS TEMPORALES, TRANSITORIOS O CONTRATISTAS

NO APLICACION DE DEDUCIBLES PARA GASTOS MEDICOS.

DEDUCIBLES:

BASICO: 10% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO COP \$3.000.000.

GASTOS DE DEFENSA: 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA, MINIMO 2 SMLLV.