

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4350879989

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000011 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA**

COD. AGE: **435**

RAMO: **88**

PAP:

DIA MES AÑO
05 02 2018

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
25 11 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **ANULACION DE ANEXO**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2017 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
31 12 2018 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.146.012-0**

DIRECCIÓN: **CR 2 12 25**

CIUDAD: **GUAPÍ, CAUCA**

TELÉFONO: **3206745921**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA**

CIUDAD: **GUAPÍ**

DIRECCION: **CARRERA 2 No. 12-25 0**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ -300,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		-300,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		-300,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		-300,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		-300,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		-300,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		-300,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV 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 PARTICULARES PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES.

EMISION DE RENOVACION 2017/2018

SMMLV = SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES.

Tomador ESE GUAPI

Asegurado ESE GUAPI

Dirección CARRERA 2 No. 12 - 25 GUAPI, CAUCA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS/TOMADOR DEL SEGURO

3. PROPUESTA ECONOMICA

Limite Asegurado Básico Opción 1. Col \$300.000.000 Limite Agregado Vigencia.

Vigencia de la Póliza Un año, a ser acordada.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *(300,000,000.00)	VALOR PRIMA: \$ ***** (-5,700,000)	GASTOS EXPEDICION: \$ ***-15,000.00	IVA: \$ *(-1,085,850)	TOTAL A PAGAR: \$ ***** (6,800,850)
---	--	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO

NOMBRE CLAVE %PART
ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ 5932 100.00

COASEGURO CEDIDO

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



(415)7701861000019(8020)00000000007000435087998

FIRMA TOMADOR

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

DCERTUCHE 0

CADB25790F0CFA7D58

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero - Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero - Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf>

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: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA

DEDUCIBLE

MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

Según opción contratada

Límite al 100% 10% de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia

Responsabilidad civil general Límite al 100% 10% mínimo 5 SMMLV. Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa

Sublímite del 10% Básico.

Sin deducible Según cobertura afectada.

Costos para constitución de cauciones. \$10.000.000 Evento vigencia

Costas del proceso según fallo judicial. Según texto clausulado Solidaria.

Extensión período de reclamaciones RC Prof Medica / Gastos Defensa. 12 meses, con cobro del 100% de la prima anual.

RC Profesional Médica atención fuera de instalaciones Sublímite del 50% del Básico.

Sin deducible.

Claims made

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublímite de 50% del Básico. Sin deducible.

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublímite de 50% de Básico Según amparo afectado Claims made / 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. Pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de iniciación de la vigencia.

7.5. No habrá restitución de la suma asegurada por pago de siniestro.

7.6. 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:

o Asegurado contra Asegurado.

o 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.

o Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

o Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

o 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.

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 (E&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 Exquatur 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 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.

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

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000011 ANEXO: 3

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.012-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-

TEXTO ITEM 1

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.

9. AMBITO TERRITORIAL

Cobertura Colombia
Jurisdicción 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.

11. REQUISITOS PARA LA EMISION. La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas;

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.

" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman parte de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.

Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria.

12. VALIDEZ DE LA COTIZACION

Fecha de cotización; 25 de Noviembre de 2016

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

La presente póliza opera bajo el clausulado general # 09122015-1502-P-75-RC-36 V.2, el cual se adjunta.

La presente información es una cotización y no constituye oferta o propuesta de contrato alguno; simplemente contiene los términos y condiciones en los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia estaría dispuesta a otorgar cobertura previo cumplimiento de los requisitos y parámetros de suscripción exigidos por la compañía. Tales requisitos y parámetros serán evaluados por la Aseguradora y sólo se podrán entender como aceptados mediante comunicación escrita de la misma manifestando su intención de otorgar cobertura.

CONDICIONES ADICIONALES SEGUN LA GERENCIA DE PRODUCTO :

SINIESTRALIDAD:

Sin siniestros o circunstancias conocidas o reportadas en el formulario de solicitud y/o en cualquier otro documentos entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro

INFORMACIÓN:

Hace parte integrante de la póliza el formulario de solicitud debidamente diligenciado y fechado y/o en cualquier otro documento entregado a la Aseguradora en el momento de la solicitud del seguro.

La siguiente información deberá presentarse en caso de ser adjudicada esta propuesta antes del inicio de la vigencia:

- Carta de no conocimiento o noción de eventos que puedan dar lugar a reclamaciones bajo este seguro, y
- De no cambios materiales en la información suministrada en el formulario, ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
Para que opere las coberturas complementarias citadas en el slip, es necesario cumplir previamente con la aceptación por parte del cliente y aportar lo siguiente;
 - La descripción e identificación del equipo en la solicitud de seguro.
 - La obligación del asegurado de mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes.
 - La obligación del asegurado de ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridadComisión intermediario; 10%.

Validez de la cotización;

La presente cotización tiene una validez de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la presente comunicación, pasado este tiempo carecerá de toda validez.

Las condiciones para este seguro se rigen por el condicionado de ASEGURADORA SOLIDADARIA DE COLOMBIA, incluyendo las exclusiones y condiciones particulares del negocio, descritas en este documento.

La presente cotización no implica aceptación; obliga a la Aseguradora Solidaria de Colombia siempre y cuando el tomador confirme por escrito la aprobación de los términos aquí expuestos.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGENCIA: **435** RAMO: **88** No PÓLIZA: **994000000011** ANEXO: **3**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
ASEGURADO:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI ESE	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.146.012-0
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-

TEXTO DE LA POLIZA

EXPEDIMOS EL PRESENTE CERTIFICADO PARA HACER CONSTAR SOBRE LA POLIZA ARRIBA CITADA , LA ANULACION DEL ANEXO DE RENOVACION EN RAZON A QUE HUBO CAMBIO DE INTERMEDIARIO Y SE DEBE EXPEDIR CON LA CLAVE DEL SEÑOR HAROL VALDES.