



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 11 MES 5 AÑO 2012	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 18	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO									
TOMADOR 403692-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN				NIT 891.580.002-5										
DIRECCIÓN				TELÉFONO										
ASEGURADO 403692-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN				NIT 891.580.002-5										
DIRECCIÓN KR 6 10 142, POPAYAN, CAUCA				TELÉFONO 8234508										
EMITIDO EN POPAYAN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN				VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	A LAS	DÍA	MES	AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00	1602	16	11	5	2012	16	5	2012	00:00	31	1	2013	00:00	260
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN						FORMA DE PAGO 6. PAGO 90 DIAS -LIC				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 500,000,000.00				

Riesgo: 1 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.
CARRERA 6 NORTE, POPAYAN, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	500,000,000.00	SI	86,191,781.00
	Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 15,000,000.00 \$	SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	500,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	5,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	100,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	100,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 5.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 \$ NINGUNO		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN	NIT 8915800025	100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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 al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***86,191,781.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**13,790,684.96

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$**99,982,465.96

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

26/06/2023 16:44:35

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	17.50 15,083,561.6

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1001598 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

18

A SOLICITUD DEL ASEGURADO, SE PRORROGA LA PRESENTE POLIZA, EN DOSCIENTOS SESENTA DIAS (260) DE ACUERDO AL ACTA NO. 23 DEL 18/04/2012 ADJUDICANDO EL PROCESO DE SOLICITUD FORMAL DE COTIZACIÓN U OFERTA NO. 26 DEL 2 DE ABRIL DE 2012 ADELANTADO POR LA INSTITUCION.

LIMITE TOTAL VALOR ASEGURADO :

BASICO \$ 500.000.000

C O B E R T U R A S

=====

*PREDIOS , LABORES Y OPERACIONES, INCLUYENDO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO RELACIONADA CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.

SUBLIMITES OTORGADOS:

SUBLIMITE PARA GASTOS JUDICIALES DE \$ 20.000.000 POR EVENTO Y \$ 100.000.000 POR VIGENCIA.

SUBLIMITE PARA GASTOS MEDICOS \$ 5.000.000 POR EVENTO Y \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

SUBLIMITE DAÑOS MORALES \$ 50.000.000 POR EVENTO Y \$ 100.000.000 POR VIGENCIA

OBJETO:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DERIVADA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.

FECHA DE RETROACTIVIDAD AL INICIO DE LA PRIMERA POLIZA, EN CASO DE TENER POLIZA ANTERIOR CON LA PREVISORA SE TOMARA COMO FECHA DE RETROACTIVIDAD LA FECHA INICIADA DE LA PRIMERA POLIZA SI NO SE HAY PERIODOS DE INTERRUPCION.: AGOSTO 1 DE 2005.

NO SE OTORGA:

-CIRUGIA COSMETICA, CIRUGIA PLASTICA PRACTICADA POR RAZONES CLARAMENTE DIFERENTES DE LA CORRECCION DE ANOMALIAS CONGENITAS O DESFIGURACION COMO RESULTADO DE UN ACCIDENTE.

-RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA.

-BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL.

-REESTABLECIMIENTO AUTOMATICO DEL VALOR ASEGURADO.

-ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE SALUD.

-RENOVACION AUTOMATICA.

-RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL AREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS.

-GASTOS MEDICOS EN QUE INCURRA EL MISMO ASEGURADO POR ACTOS MEDICOS INCORRECTOS COMETIDOS EN LA ATENCION DE SUS PACIENTES, SIN QUE MEDIE LA RECLAMACION DE UN TERCERO.

-TODO TIPO DE RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE SON SIDA/HIV y /o HEPATITIS ,QUE FUERE SU CAUSA U ORIGEN.

NOTA:

SE ACLARA QUE LA COBERTURA BRINDADA BAJO ESTA POLIZA AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE , PERO NO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL DE LOS MEDICOS AL SERVICIO DE DICHA ENTIDAD, A LOS CUALES EL HOSPITAL DEBE EXIGIR SU PROPIA POLIZA.

DEDUCIBLES:

BASICO: 15% MINIMO \$ 15.000.000

GASTOS DE DEFENSA: 5% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.

GASTOS MEDICOS: SIN DEDUCIBLES.
