NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4301933430

PÓLIZA No: 430 -88 - 99400000019 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR			COD. AGE: 430			RAMO: 88			PAP:											
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO							
28	05	2020	21	05	2020	23:59	21	05	2021	23:59	365	02	12	2024						
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS			DIAS			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION								

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	21	05	2020	23:59	21	05	2021	23:59	365
	VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.305.496-9**

DIRECCIÓN: **CALLE 10 #21 - 48** CIUDAD: **DAGUA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3104494425**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **890.305.496-9**

DIRECCIÓN: **CALLE 10 #21 - 48** CIUDAD: **DAGUA, VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO: **3104494425**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA** CIUDAD: **DAGUA**

DIRECCION: **CALLE 10 No. 21-48**

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
GASTOS DE DEFENSA		30,000,000.00	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

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA PARA EL PERIODO 2020 - 2021

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:

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****15,191,500	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****2,886,385	TOTAL A PAGAR: \$ *****18,077,885
---	---	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE LAS TRES EMES AGENCIA DE SEGUROS LTD	CLAVE 4164	%PART 100.00	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)00000000007000430193343 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADB207A0D0BF97B5E CLIENTE GLRENGIFO 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: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.305.496-9

ASEGURADO: HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.305.496-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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 del 21 de Mayo de 2019 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.

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 15% del valor asegurado de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así:
Por proceso; \$10.000.000 / por Evento \$30.000.000
" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: Sublímite de \$30.000.000 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:

" 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 (propositional 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.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI SUR

COD. AGENCIA: 430

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.305.496-9

ASEGURADO: HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 890.305.496-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" 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 Automotores.

" 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.

" 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 SMMLV.

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:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía, da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

" 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.