

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4350898732

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000012 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA				COD. AGE: 435				RAMO: 88				PAP:																							
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO																		
10	02	2017					07	01	2017	23:59	07	01	2018	23:59	365	27	02	2025																	
FECHA DE EXPEDICIÓN							VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DÍAS				FECHA DE IMPRESIÓN								
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																		TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION																	

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION										DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS							
										07	01	2017	23:59	07	01	2018	23:59	365							
										VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR																					
NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE														IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1							
DIRECCIÓN: CALLE 5 CARRERA 14 ESQUINA														CIUDAD: POPAYÁN, CAUCA				TELÉFONO: 6028333000			

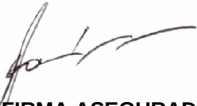
DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																					
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE														IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1							
DIRECCIÓN: CALLE 5 CARRERA 14 ESQUINA														CIUDAD: POPAYÁN, CAUCA				TELÉFONO: 6028333000			
BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE														IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1							

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS																	
ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA CIUDAD: POPAYÁN																	
DIRECCION: CALLE 5 NO. 0- CARRERA 14																	
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA																	
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				500,000,000.00				0.00									
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ 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 900145579 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE																	
NEGOCIO NUEVO VIGENCIA UN (1) AÑO DESDE EL 07 DE ENERO DE 2.017.																	
CONDICIONES PARTICULARES SEGUN SLIP.																	
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 DEL NEGOCIO Tomador EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE Asegurado EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE																	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****25,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***10,000.00	IVA: \$ ****4,751,900	TOTAL A PAGAR: \$ *****29,761,900
---	---	--	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO			
NOMBRE LEILA LORENA MOSQUERA QUILINDO	CLAVE 8272	%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	 (415)7701861000019(8020)00000000007000435089873	 FIRMA TOMADOR
--	--	---

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



CADB25780706F4795C

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: 994000000012 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1

BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.145.579-1

TEXTO ITEM 1

Dirección CALLE 5 CARRRERA 14 B VALENCIA

Beneficiarios TERCEROS AFECTADOS

3. PROPUESTA ECONOMICA

Límite Asegurado Básico Col \$500.000.000 Límite Agregado Vigencia.

Sublímite Gastos de defensa \$100.000.000.00

Vigencia de la Póliza Doce (12) Meses

Valor de la prima \$25.000.000 más gastos de expedición más IVA.

4. COBERTURAS VR. ASEGURADO LIMITE DE COBERTURA DEDUCIBLE MODALIDAD

Responsabilidad civil profesional médica

\$500.000.000 100%

10%, mínimo \$3.500.000 Claims made

R c profesional médica durante transporte en ambulancia Sublímite al 100% Claims made

Responsabilidad civil general Sublímite al 100% Base Ocurrencia

4.1. AMPAROS ADICIONALES

Honorarios de defensa \$20.000.000

Proceso Sublímite del Básico. Sin deducible. N/A

Costos para la constitución de cauciones \$10.000.000 Sublímite del Básico. Sin deducible. N/A

Costas del proceso N/A Sublímite del Básico. Sin deducible N/A

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

Igualdad de términos y condiciones

RC general indirecta de médicos adscritos y contratistas. Sublímite de 30% del Básico. Sin deducible. Base Ocurrencia

Cobertura para Lucro Cesante y Perjuicios Extra patrimoniales Sublímite de 50% de Básico Aplica según amparo afectado 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. 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 liposculptura, 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 súper-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 Esquitar en Colombia.

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: **994000000012** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.145.579-1**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.145.579-1**

BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.145.579-1**

TEXTO ITEM 1

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

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta

o 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; 10 de Febrero de 2017

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.

AVISO IMPORTANTE - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Con el propósito de proteger sus Datos Personales, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos principalmente para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales, promocionales y de mercadeo de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, asuntos relacionados con el contrato de seguro, otros productos y servicios ofrecidos por nuestros socios o aliados estratégicos y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

Así, por este medio Usted autoriza a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y a las demás sociedades del grupo y/o terceros vinculados o relacionados con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, para que utilice(n) los datos personales que nos ha suministrado con los fines antes descritos, aun cuando dichos datos sean sensibles.

Usted tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información que nos ha suministrado y podrá revocar la autorización que aquí consta en cualquier momento.

Acepto la Política de Privacidad de Datos de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, que se encuentra disponible en la página web www.aseguradorasolidaria.com.co, puedo solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA [(1)2918181 o 018000 512021] o en sus oficinas; la cual reconozco que es de mi interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA información de otra persona, Usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

CLIENTE