

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4350898732

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000012 ANEXO:3

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA	COD. AGE: 435	RAMO: 88	PAP:
DIA MES AÑO 07 01 2020	DIA MES AÑO HORAS 07 01 2020 23:59	DIA MES AÑO HORAS 07 01 2021 23:59	DIA MES AÑO 27 02 2025
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO RENOVIACION	DIA MES AÑO HORAS 07 01 2020 23:59	DIA MES AÑO HORAS 07 01 2021 23:59	DIA MES AÑO 27 02 2025
VIGENCIA DEL ANEXO	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: TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: CAUCA
CIUDAD: POPAYÁN	
DIRECCION: CALLE 5 No. 0-0	
ACTIVIDAD: INSTITUCION MEDICA	
DESCRIPCION	AMPAROS
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	\$ 500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	500,000,000.00
TRANSPORTE EN AMBULANCIA	500,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO	500,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	500,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	500,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	500,000,000.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMLLV 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	
BENEFICIARIOS	
NIT 900145579 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE	
RENOVIACION.- NUEVAS CONDICIONES	
VIGENCIA UN (1) AÑO DESDE EL 07 DE ENERO DE 2.020	
CONDICIONES PARTICULARES SEGUN SLIP SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS HOSPITALES Y CENTROS MEDICOS.	
TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE.	
ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE.	
BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES	
UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CALLE 5 CARRERA 14 BARRIO VALENCIA. Y OTROS.	

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****28,874,500	GASTOS EXPEDICION: \$ *****9,999.00	IVA: \$ ****5,488,055	TOTAL A PAGAR: \$ *****34,372,554
--	------------------------------------	--	--------------------------	--------------------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE HAROLD ANTONIO VALDES RODRIGUEZ	CLAVE 4201	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA %
		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

CADB25790D07F47A5E

CLIENTE



DCERTUCHE 0

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: **3**

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: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

VIGENCIA: 365 días, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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-D00I V2 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

MODALIDAD DE COBERTURA:

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 y/o notificadas 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.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga será a partir del 07 de enero de 2017 en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

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 con anterioridad 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.
- " Responsabilidad Civil Profesional Médica durante el 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, por los siguientes eventos:
 - o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
 - o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
 - o Suministro de medicamentos
 - o 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: La aseguradora indemnizará al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.

Sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

- Por Proceso: COP \$10.000.000.

- Por Evento: COP \$25.000.000.

" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite de COP \$10.000.000 por evento / vigencia.

" Costas del proceso según fallo judicial: según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

" 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 50% 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.

PERSONAL ASEGURADO

Personal médico bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización:

Personal médico autorizado para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico: 15 profesionales.

Numero de Camas: 49

Número de pacientes atendidos en el año: aprox. 534.133.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFICACION:

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: **3**

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: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

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.

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 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

" 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 (Clausulado) 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 super-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 esta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

" 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 Exqatur 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.

" Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

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.

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: **3**

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: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

" 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.

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:

" Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado, fechado y firmado por el representante legal de la entidad asegurada.

" 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 de Colombia.

CLIENTE