

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6002698949

PÓLIZA No: 600 -87 - 994000000076 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA	COD. AGE: 600	RAMO: 87	PAP:
DIA MES AÑO 31 01 2019	DIA MES AÑO HORAS 30 01 2019 23:59	DIA MES AÑO HORAS 30 01 2020 23:59	DIA MES AÑO 17 06 2025
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: EXPEDICION	DIA MES AÑO HORAS 30 01 2019 23:59	DIA MES AÑO HORAS DIAS 30 01 2020 23:59 365
VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.395-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 8 108** CIUDAD: **MONQUIRÁ, BOYACÁ** TELÉFONO: **6087281746**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRÁ E.S.E.** IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.395-1**

DIRECCIÓN: **CALLE 19 8 108** CIUDAD: **MONQUIRÁ, BOYACÁ** TELÉFONO: **6087281746**

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **BOYACÁ** CIUDAD: **MONQUIRÁ**

DIRECCION: **CALLE 19 No. 8-108**

ACTIVIDAD: **ENTIDAD ESTATAL - SALUD**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		\$ 200,000,000.00	
ACTOS INCORRECTOS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS		200,000,000.00	

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: **E.S.E. Hospital Regional de Monquirá - NIT 891.800.395-1**

ASEGURADO: **cargos expresamente mencionados en la solicitud de seguro y caratula de la póliza.**

BENEFICIARIO: **Terceros afectados, y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.**

ACTIVIDAD DEL TOMADOR: **Prestación de servicios de salud.**

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

OBJETO:
Otorgar cobertura a las pérdidas y/o daños con ocasión a la Responsabilidad Civil de los Miembros de Junta Directiva y Administradores, por los perjuicios causados a terceros y/o a la entidad, como consecuencia de faltas de gestión cometidas en el desempeño de sus funciones, siempre y cuando tales perjuicios sean cometidos a título de culpa.

CONDICIONES GENERALES:
Clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 06/03/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-16-DOOI V.3 y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001047000.

MODALIDAD DE COBERTURA:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***200,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****6,000,000	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ****1,142,850	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,157,850
---	--	--	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
ALEYDA HERNANDEZ JIMENEZ	3441	100.00	

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.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000600269894

FIRMA TOMADOR JESANABRIA 0

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

C8D8207A0906F4775B

CLIENTE

A hora 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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000076 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

ASEGURADO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

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.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es a partir de Diciembre 31 de 2016 siempre y cuando el tomador y/o asegurado (según corresponda) demuestre inequívocamente que ha tenido cobertura de manera ininterrumpida entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza. 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. En caso de presentarse interrupción de cobertura entre la fecha anteriormente citada y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza la Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es la correspondiente al inicio de vigencia de la presente póliza con Aseguradora Solidaria de Colombia, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

CARGOS AMPARADOS:

Según formulario y/o solicitud de seguro completamente diligenciada, fechada y firmada, suministrada por la entidad, se amparan los siguientes cargos:

* Gerente

* Subgerente.

AMPARO BÁSICO:

* Según textos de las Condiciones Generales (clausulado) de la póliza.

AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados sujetos al respectivo pago de prima y consignación en la caratula de la póliza.

* Honorarios y/o Gastos de Defensa: sublimitado al 20% del valor asegurado total de la póliza, así:

* Limite por Persona / Proceso: Cop \$20.000.000.

* Limite por Evento: Cop \$40.000.000.

* Caucciones Judiciales: Sublimite de Cop \$20.000.000 evento y Cop \$40.000.000 vigencia.

* Costos y Gastos del Proceso: Según texto Condiciones Generales (clausulado) de la póliza Aseguradora Solidaria de Colombia.
Costas del Proceso: Según texto Condiciones Generales (clausulado) de la póliza Aseguradora Solidaria de Colombia.

DEDUCIBLES:

* Gastos de Defensa: sin aplicación de deducible

* Demás Coberturas: sin aplicación de deducible

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

* Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

* Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

* No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.

* Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.

* Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.

* 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 Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.

* Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 87

No PÓLIZA: 994000000076 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

ASEGURADO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.800.395-1

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

* Declaraciones Inexactas o Reticentes: 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.

* Todas las modificaciones, alteraciones y/o extensiones deberán ser acordadas con Aseguradora Solidaria de Colombia.

* Todos los amparos y anexos hacen parte del límite agregado de responsabilidad y no son en adición a este.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (clausulado) del seguro, están las siguientes:

* Reclamaciones o litigios pendientes a la fecha de inicio de vigencia.

* Circunstancias, demandas que estén o debieran estar cubiertos bajo otra póliza como: Responsabilidad Civil Profesional, Responsabilidad Civil Errores y Omisiones (E&O), Responsabilidad Civil Contractual, Responsabilidad Civil Extracontractual, Manejo, Infidelidad y Riesgos Financieros, Commercial Crime, Sustracción, y demás relacionadas.

* Se excluyen las demandas del Estado en calidad de accionista.

* Exclusión de demandas del asegurado contra el asegurado.

* Exclusión de pérdidas amparadas bajo otros seguros.

* Exclusión de fallas en el suministro.

* Exclusión de Convenios Colectivos y Uniones o Sindicatos Laborales.

* Exclusión de bancarrota e Insolvencia.

* Oferta Futura de cualquier tipo.

* No se cubren Gastos de Defensa cuando el demandado sea la entidad.

CONDICIONES:

* No constituyen reclamaciones de carácter laboral amparadas bajo la presente póliza las que tengan por objeto el reconocimiento de salarios, prestaciones, indemnizaciones y demás retribuciones o compensaciones de carácter económico emanadas de un contrato de trabajo.

* Los Gastos de Defensa penal se pagarán por reembolso, una vez dictado el fallo de primera instancia, siempre y cuando el funcionario asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso, en idéntica forma se procederá en relación con la segunda instancia si la hubiere.

* No se cubren Gastos de Defensa cuando el demandado sea la entidad.

Todos los honorarios profesionales de los abogados se pagarán de acuerdo con los sublímites que se hubieren fijado en la póliza.

* Se entenderá por evento una sola reclamación por una misma causa, en donde pueden estar comprometidos varios empleados del asegurado. La cuantía se refiere al presunto detrimento fiscal causado por los servidores públicos.

* No se ampara cualquier reclamación de terceros que surgen o provengan de un hecho, circunstancia o evento de advertencia el cual induciría a una persona razonable a creer que podría dar resultado a un reclamo de un tercero donde tal hecho, circunstancia o evento el asegurado estaba advertido previamente a la fecha de retroactividad.

* Para procesos ante Fiscalía, se hará reembolso de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

* Cobertura para cualquier directivo pasado, presente y futuro, de acuerdo con los cargos asegurados.

* Para que exista cobertura del amparo de gastos judiciales se entenderá que las reclamaciones se encuentran cubiertos cuando los procesos se encuentran en las siguientes etapas:

* Para procesos de responsabilidad fiscal cuando se notifique la apertura del proceso de responsabilidad fiscal, contra cualquiera de los funcionarios asegurados.

* Los procesos penales con la notificación de la citación a indagatoria.

* En los procesos civiles con la notificación de la demanda.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SERVIDORES PUBLICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 87

No PÓLIZA: **994000000076** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.395-1**

ASEGURADO: **HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891.800.395-1**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

* En los procesos administrativos disciplinarios cuando se profiera el auto de apertura de investigación.

* Responsabilidad transferida por muerte, incapacidad e insolvencia de los funcionarios asegurados.

AMBITO TERRITORIAL:

* Cobertura: La cobertura otorgada por esta póliza opera exclusivamente respecto de reclamaciones o procesos adelantados en Colombia o en el exterior por autoridades colombianas.

* Jurisdicción Aplicable: colombiana.

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.

* Comunicación por parte del Asegurado confirmando que no ha habido cambios en la información suministrada en el formulario de solicitud y sus anexos.

* Confirmación escrita por parte de la Sociedad de "No conocimiento o noción de reclamación o circunstancias que puedan llegar a serlo", a la fecha de iniciación de la vigencia.

* 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.