

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6002698956

PÓLIZA No: 600 -88 - 994000000040 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA	COD. AGE: 600	RAMO: 88	PAP:																														
<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td>30</td><td>01</td><td>2020</td></tr> </table> FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO	30	01	2020	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>HORAS</th></tr> <tr><td>30</td><td>01</td><td>2020</td><td>23:59</td></tr> </table> VIGENCIA DE LA PÓLIZA VIGENCIA DESDE A LAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	30	01	2020	23:59	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>HORAS</th></tr> <tr><td>30</td><td>01</td><td>2021</td><td>23:59</td></tr> </table> VIGENCIA HASTA A LAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	30	01	2021	23:59	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>HORAS</th></tr> <tr><td>17</td><td>06</td><td>2025</td><td></td></tr> </table> FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO	HORAS	17	06	2025	
DIA	MES	AÑO																															
30	01	2020																															
DIA	MES	AÑO	HORAS																														
30	01	2020	23:59																														
DIA	MES	AÑO	HORAS																														
30	01	2021	23:59																														
DIA	MES	AÑO	HORAS																														
17	06	2025																															
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION																																

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>HORAS</th></tr> <tr><td>30</td><td>01</td><td>2020</td><td>23:59</td></tr> </table> VIGENCIA DEL ANEXO VIGENCIA DESDE A LAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	30	01	2020	23:59	<table border="1"> <tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th><th>HORAS</th><th>DIAS</th></tr> <tr><td>30</td><td>01</td><td>2021</td><td>23:59</td><td>366</td></tr> </table> VIGENCIA HASTA A LAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	30	01	2021	23:59	366
DIA	MES	AÑO	HORAS																	
30	01	2020	23:59																	
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS																
30	01	2021	23:59	366																

DATOS DEL TOMADOR

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

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

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

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

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **BOYACÁ** CIUDAD: **MONIQUIRÁ**

DIRECCION: CALLE 19 No. 8-108

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
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: 10.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % NO APLICA en GASTOS DE DEFENSA

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****13,536,986	GASTOS EXPEDICION: \$ ***15,000.00	IVA: \$ ***2,574,877	TOTAL A PAGAR: \$ *****16,126,864
---	---	--	--------------------------------	---

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE H&J ASESORES DE SEGUROS LTDA	CLAVE 9476	%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.

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)00000000007000600269895

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE DUMBARILA 0

C8D8207A0708FC7759

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ahor 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 CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000040 ANEXO: 1

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 DE LA POLIZA

OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, por daños materiales y las lesiones que el Hospital Regional de Moniquirá cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional Médica derivada de errores y omisiones cometidas en la presentación del servicio de salud y en el desarrollo de las actividades profesionales por el personal médico, profesionales de las salud, paramédico, auxiliar, firmas especializadas, personal médico de prestación de servicios, uniones temporales, entidades sindicales, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio y bajo la supervisión del Hospital.

AMPAROS ADICIONALES

- " Predios labores y operaciones, incluyendo Responsabilidad Civil Profesional Medica en que incurra el Hospital relacionado con Ia prestación del servicio de salud.
- " Responsabilidad Civil Profesional medica derivada de Ia prestación de servicio del Hospital.
- " Acciones, Actos u omisiones cometidos en ejercicio profesional de cada actividad medica por personal médico y auxiliares, paramédico y auxiliares, farmacéutico, laboratorista, de rayos X, enfermería y auxiliares, nutricionista, odontólogos y auxiliares y en general todo y cada uno del personal que ejerza actividades al servicio del asegurado bajo cualquier relación laboral.
- " Daños o perjuicio a terceros y/o pacientes a consecuencia del suministro de los siguientes servicios: medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales a los pacientes atendidos, transfusiones de sangre, o el mal use de aparatos como rayos x, scanner, laser, y otros y tratamientos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
- " Responsabilidad Civil acto médico como profesional
- " El pago del importe de las primas por fianzas judiciales o caución, que el asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de responsabilidad civil, tasadas por un juez. Sublímite 5% por evento, 10% por vigencia.
- " Errores u omisiones por parte del personal profesional no intencionales, incluye toda clase de errores de todos los cargos del personal medico al servicio de la entidad en cualquier modalidad de contratación, incluye aparatos o instrumental médico.

CLAUSULAS ADICIONALES

- " Daños materiales y/o lesiones corporales.
- " Negligencia y/o impericia.
- " Gastos judiciales, honorarios y gastos de defensa hasta por el cien por ciento (100%) de los gastos demostrados, sublímite del 20% del valor asegurado total de la póliza en el agregado vigencia, en cobertura modalidad "Claims-Made", distribuido así:
Por Persona / Proceso de Cop \$12.500.000.
Por Persona / Evento de Cop \$25.000.000.
Por Evento de Cop \$50.000.000.
- " Indemnizaciones hasta por el cien por ciento (100%) del valor asegurado por vigencia.
- " Gastos médicos hasta por el cien por ciento (100%) de los gastos demostrados, \$10.000.000.00 por evento y \$30.000.000.00 por vigencia.
- " Hechos ocurridos y reclamados por primera vez dentro de la vigencia de la póliza.
- " Falta grave.
- " Falta gravísima.
- " Daños y perjuicios morales y fisiológicos,
- " Daño material o daños personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios del hospital, en que se desarrollan las actividades propias.
- " Pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- " Daños ocasionados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general.

MODALIDAD DE COBERTURA:

Aseguramiento base reclamación "Claims-Made", donde se entiende por "Claims-Made" la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado deba o se condenado a pagar en virtud de las reclamaciones, sucedidas, y reportadas y/o notificadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de periodo de Retroactividad como consecuencia de los Perjuicios Patrimoniales y Extrapatrimoniales causados por algún evento.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

El Hospital regional de Moniquirá solicita a las compañías Periodo de Retroactividad que se otorgue es a partir de diciembre 31 de 2016.

DEDUCIBLES:

- Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
- Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: 10% de valor de tales gastos.
- Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV.