

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6003030720

PÓLIZA No: 600 -88 - 99400000062 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **TUNJA** COD. AGE: 600 RAMO: 88 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO			
29	01	2021	30	01	2021	29	07	2021	23	59	180	17	06	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN					

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
30	01	2021	23:59	29	07	2021	23:59	180
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA HASTA				

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 4 No. 9-101 BARRIO RICAURTE**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		400,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		400,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		400,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		80,000,000.00	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: \$ ***400,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****5,917,808	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ ****1,124,384	TOTAL A PAGAR: \$ *****7,042,192
---	--	---	---------------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
F S Y CIA LTDA ASESORES TECNICOS DE	1984	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)00000000007000600303072

FIRMA TOMADOR

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

MBOLIVAR 0

C8D8207B0F0CFC795D

CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000062 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 DE LA POLIZA

TOMADOR: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE.

ASEGURADO: HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) RIESGO(S) O PREDIO(S) ASEGURABLE(S): Calle 4ª N. 9-101 B. Ricaurte - Moniquira.

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 hora local del 31 de enero de 2021.

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.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 21/08/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 21/08/2020-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

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, conocidas 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, por hechos ocurridos 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 Hospital demuestre expresa e inequívocamente, que ha tenido cobertura de manera ininterrumpida entre la fecha expresa y anteriormente citada, y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza.

En caso de presentarse interrupción de cobertura entre la "Fecha de Periodo de Retroactividad" y la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza, la "Fecha de Periodo de Retroactividad" será la correspondiente al inicio de vigencia de la presente póliza con la Aseguradora, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial y ello fuese expresamente mencionado en el Formulario, Solicitud de Seguro, Carta de Subjetividades o documento que haga sus veces.

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 General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad "OCURRENCIA", por los siguientes eventos:

Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.

Poseción 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.

" Honorarios 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:

o Por Persona / Proceso de Cop \$12.500.000.

o Por Persona / Evento de Cop \$25.000.000.

o Por Evento de Cop \$50.000.000.

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de 5% del valor asegurado por evento / 5% del valor asegurado vigencia.

AMPAROS ADICIONALES:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: TUNJA

COD. AGENCIA: 600

RAMO: 88

No PÓLIZA: **994000000062** 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 DE LA POLIZA

Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos.

Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados.

Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados

Amparo de 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.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / 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.

Cláusula de Revocación: noventa (90) días.

Aviso de Siniestro: noventa (90) días.

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.

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 Tunja.

Declaraciones Inexactas o Reticentes: el Hospital está obligado 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 la Aseguradora.

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 SMLLV.

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.