

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS

5803867208

PÓLIZA No: 580-88 - 994000000021

ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA PEREIRA

DIA MES AÑO
24 01 2022

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO
16 01 2022

VIGENCIA DESDE

HORAS

A LAS

COD AEE

DIA MES AÑO
16 01 2023

VIGENCIA HASTA

PAR

DIA MES AÑO
23 01 2023

A LAS

DIAS

365

DIAS

DIA MES AÑO

25 01 2022

FECHA DE IMPRESION

MODALIDAD FACTURACION: ANUAL

TIPO DE IMPRESION: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO
16 01 2022

VIGENCIA DESDE

DIA MES AÑO

16 01 2023

VIGENCIA HASTA

DIA MES AÑO

25 01 2022

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACION NIT: 891.412.126-0

DIRECCION: CARRERA 5 8 36

CIUDAD: MISTRATO, RISARALDA

TELEFONO

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACION NIT: 891.412.126-0

DIRECCION: CARRERA 5 8 36

CIUDAD: MISTRATO, RISARALDA

TELEFONO

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACION NIT: 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA

CIUDAD: MISTRATO

DIRECCION: CARRERA 5 No. 8-36

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION: AMPAROS

LA ASEGURADA

LIMITE POR CUENTA

SANO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO

\$ 750,000,000.00

RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL

\$ 750,000,000.00

TRANSPORTE EN AMBULANCIA

\$ 750,000,000.00

USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA

\$ 750,000,000.00

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

\$ 750,000,000.00

GASTOS DE DEFENSA

\$ 750,000,000.00

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR CLINICO

\$ 750,000,000.00

EXCEPCIONES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERTECA - MINIMO: 10.00 \$MMIV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS; 10.00 % DEL VALOR DE LA PERTECA - MINIMO: 10.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR CLINICO

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISION ORIGINAL

TOMADOR: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MISTRATO

ASEGURADO: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MISTRATO

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: Terceros afectados

UBICACION DEL(LOS) PREMIO(S) ASEGURADO(S): CARRERA 5 No. 8-36 MISTRATO DE RISARALDA

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Responsabilidad civil de la prestacion de servicios profesionales de salud.

NO DE CAMAS DE INTERNACION: 12

VIGENCIA: 365 dias, a convenir con inicio a las 00:00 horas del 16 de Enero de 2022.

VALOR ASEGURADO TOTAL
\$ ***750,000,000.00

VALOR PRIMA
\$ *****30,000,000

GASTOS EXPEDICION
\$ ****15,000.00

IVA
\$ ****5,702,850

TOTAL A PAGAR
\$ *****35,717,850

INTERMEDIARIO

NOMBRE
ANA LIDYA ESPINOSA BENÍDIZ

CLAVE
1444

PARTE
100

NOMBRE COMPAÑIA

COASEGURO CÉDULO

PARTE

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 OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO

FIRMA ASEGURADOR

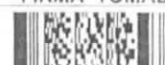
(415)770861000019(8020)00000000007030580386720

FIRMA TOMADOR

DIRECCION NOTIFICACION ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8, 12 Bogotá

00019782709FB7C5F

00019782709FB7C5F



00019782709FB7C5F

GRAN CONTRIBUYENTE REG. 2008 DIC-03 - REGIMEN COMUN ACTIVIDAD ECONOMICA 601 EN ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR REFINANCIAMIENTO FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA

COD. AGENCIA: 580

RAMO: 88

Nº POLIZA: 994000000021 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACION: NIT 891.412.126-0

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACION: NIT 891.412.126-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACION: NIT 001-8

TEXTO ITEM 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.

CONDICIONES GENERALES:

Textos según Clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P210820MGG176170
<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf>

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 15/07/2009, 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/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente 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 General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD "OCURENCIA", por los siguientes eventos:
 - o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades medicas.
 - 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.
 - o 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 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
 - o Por Proceso: COP \$5.000.000.
 - o Por Evento: COP \$10.000.000.
- Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP \$5.000.000 por evento / COP \$10.000.000 vigencia.
- Costos del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

AMPAROS ADICIONALES:

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

- Extensión del Periodo de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga 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 periodo 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 fundamente en actos 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.

- Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros medicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
- Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:

- Incluyan la descripción e identificación de los equipos en caratula de la póliza o en la solicitud de seguro.
 - Mantengan en perfectas condiciones los equipos, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes
 - Ejercen un estricto control sobre el uso de los equipos y materias, incluyendo las medidas necesarias de seguridad
- Este amparo será procedente cuando el hecho generador de los daños materiales y/o lesiones corporales haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- Se cubren también mediante este amparo, hasta el límite indicado en la caratula de esta póliza, los costos y gastos del proceso previstos en el numeral 1.3.1. Cuando tal proceso se adelante por responsabilidad derivada de la posesión, uso y aplicación a pacientes de los equipos.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA

COD. AGENCIA: 580

RAMO: 88

Nº POLIZA: 994000000021 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

• Suministro de medicamentos cuya unión, mezcla y/o transformación haya sido realizada por las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Responsabilidad civil general indirecta de las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

• Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: 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 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.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

• Clausula de Revocación: treinta (30) días.

• Aviso de Sinistro: 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.

• Clausula 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.

• Clausula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.

• 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, 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 reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como: RC Patrón, 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 Exequatur en Colombia.

• Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

• Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.

• Se excluye cualquier pérdida, reclamo, demanda o costos y gastos que se deriven o tengan relación con el resultado final de cualquier procedimiento de estética o embellecimiento, estética dental o diseños de sonrisas, o cirugía maxilofacial con fines estéticos.

• 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.

• Bancos de Sangre: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos derivados del funcionamiento de los Bancos de sangre, excepto cuando estén exclusivamente proporcionando productos sanguíneos para las actividades del asegurado.

• Manipulación genética: Esta póliza no cubre ninguna reclamación y/o daño y/o gastos que surjan de daños genéticos y/o manipulación de materia genética.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible "Lesión Personal" o "Daño Material" surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;

b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;

c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o

d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;

e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA

COD. AGENCIA: 580

RAMO: 88

No POLIZA: 994000000021 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas, (i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de, uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático;

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operación por el asegurado o cualquier otra parte.

E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

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 estipuladas en el numeral Artículo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

• Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

• Gastos de Defensa, Cauces Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible

• Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 \$MILV

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

Item Asegurable Valor Asegurado Prima Neta Gastos de Expedición IVA 19% Prima Total

Límite Básico Asegurado 750.000.000 4,00 3 0.000.000 15.000 5.702.850 3 5.717.850

REQUISITOS PARA LA EMISION:

La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar CLIENTE la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA

COD. AGENCIA 580

RAMO 88

Nº PÓLIZA: 994000000021 ANEXO 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

ASEGURADO: E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE MISTRATO RISARALDA

IDENTIFICACIÓN: NIT 891.412.126-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

- 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 Asegurado.
 - 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.
- DISPOSICIONES FINALES:**
- La presente cotización no implica aceptación de cobertura por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia. Para la aceptación se requiere el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad por parte del solicitante y el diligenciamiento del formulario de conocimiento del cliente SARLAFT, antes de la fecha de iniciación de la vigencia, la verificación de información por parte de la aseguradora y la confirmación escrita de cobertura y fecha de iniciación del seguro por parte de la compañía. Esta oferta está sujeta a la no existencia de siniestros conocidos o reportados antes del inicio de la vigencia, diferentes a los informados anteriormente y que fueron base para iniciar el proceso de liquidación, de lo contrario la Compañía se reserva el derecho de retirarla y/o modificarla.

CLIENTE

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 19/08/2015		
Versión: 2	FORMATO APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	

UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

LA SEÑORA JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3 DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 00684 DEL 18 DE MARZO DE 2022 Y LA DESIGNACIÓN MEDIANTE ORDEN INTERNA NÚMERO 035 DEL 10 DE MARZO DE 2022 Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 86-5-20215-22

CONTRATISTA: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL – MISTRATÓ, RISARALDA
NIT: 891.412.126-0

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD (INCLUYE MEDICAMENTOS, TRASLADOS, INSUMOS, TOMA DE MUESTRAS COVID) PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE BELEN DE UMBRIA, Y MISTRATO EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, EN LOS MUNICIPIOS DE SALAMINA Y SUPIA EN EL DEPARTAMENTO DE CALDAS, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. GRUPO 2 - ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - MISTRATÓ, RISARALDA".

VALOR DEL CONTRATO: NUEVE MILLONES CIENTO MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE (\$9.100.000,00).

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA 860.524.654-6

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: 580-88-994000000021 EXPEDIDA EL 24/01/2022

AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
			DESDE	HASTA
Responsabilidad Civil Extracontractual	\$ 750.000.000,00		16/01/2022	16/01/2023

Por encontrarse expedida en debida forma, de conformidad con lo exigido en el contrato de la referencia, se aprueba la póliza de garantía única. Para constancia se firma en Pereira a los **29 días de Diciembre de 2022**.


 Mayor **HELLEN JOHANNA JIMENEZ OREJUELA**
 Jefe Regional de Aseguramiento En Salud N°3

Elaboró: PT Lina Marcela Silva Ramírez
 Revisó: CPS Juan David Álvarez Carvajal
 Fecha: 29/12/2022
 Ubicación: C:\Users\LINA SILVAR\Documents\PT_LINA\CONTRATOS 2022

Calle 94 Avenida Villa olímpica frente a Expofuturo
 Teléfono: 3164770 ext 8307
 deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co



INFORMACION PÚBLICA