GS-2024-001167-REGI3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGION DE POLICIA No. TRES
GRUPO CONTRATOS REGI3

CEA.3.0-07
16-ECD-003
804810026

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Rdo 52 Jenny G
31-01-2024

AREAD-GRUCO - 3.1

Pereira, 25 de enero de 2024

Señor (a) mayor
RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud
Ddiagonal expofuturo sector la villa olímpica estadio
Pereira

Asunto: Solicitud Autorización Adición y Prorroga al Contrato No. 86-5- 20077-23

Respetuosamente me permito solicitar a mi Mayor, estudie la posibilidad de autorizar una Adición y Prorroga al Contrato No. **86-5-20077-23**, y que tiene como objeto "La 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 del departamento de Quindío (Circasia, Montenegro, Quimbaya y Caicedonia), del departamento de Caldas (Anserma, Riosucio y Viterbo), y del departamento de Risaralda (Santa Rosa de Cabal, Guática, Apia y Marsella) pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, Grupo 7 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda"; lo anterior en razón a que se hace necesario garantizar la continuidad de la Prestación de los servicios para la Vigencia 2024; por lo que se requiere adicionar para la Vigencia 2024 un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($48.000.000,00)** al contrato No. **86-5-20077-23**.

Así las cosas, el valor del contrato principal No. **86-5-20077-23** más los valores de la **Adición No. 001** y la **Adición No. 002**, será por un valor total **CIENTO OCHENTA MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($180.000.000,00)** Presupuesto distribuido de la siguiente manera así: **CIENTO DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($102.000.000,00)** para la Vigencia 2023 y **SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($78.000.000,00)** Para la Vigencia 2024.

Como también se requiere prorrogar al plazo de ejecución del contrato No. **86-5-20077-23** por tres (03) meses más a partir del primero (01) de junio del año 2024 hasta el treinta y uno (31) de agosto del año 2024, Así las cosas el plazo de ejecución será de Dieciséis (16) meses y siete (07) días distribuidos de la siguiente manera: ocho (08) Meses y siete (07) días a partir del 24/04/2023 hasta el 31/12/2023 para la vigencia 2023 y ocho (08) meses a partir del 01/01/2024 hasta el 31/08/2024 vigencia 2024.

NOTA: *POR TRATARSE DE UN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO SERÁ OBLIGATORIO LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DE CONFORMIDAD CON LO PRECEPTUADO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTICULO 2.2.1.2.1.4.5 "NO OBLIGATORIEDAD DE GARANTÍAS" EN LA CONTRATACIÓN DIRECTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS ESTABLECIDAS EN LA SECCIÓN 3 QUE COMPRENDE LOS ARTÍCULOS 2.2.1.2.3.1.1 AL 2.2.1.2.3.5.1 DEL PRESENTE DECRETO NO ES OBLIGATORIA Y LA JUSTIFICACIÓN PARA EXIGIRLAS O NO DEBE ESTAR EN LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS; SIN EMBARGO EL CONTRATISTA PRESENTARÁ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANUALMENTE, INMEDIATAMENTE LA SUSCRIBIRÁ Y SERÁ APROBADA POR LA JEFATURA GRUPO DE CONTRATOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE EL CONTRATO.*

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Luis Gabriel Perez Barreto
Grado: Subintendente
Cargo: Analista De Contratos
Cédula: 93136238
Dependencia: Grupo Contratos Regi3
Unidad: Region De Policia No. Tres
Correo: luis.perez6238@correo.policia.gov.co
25/01/2024 3:23:52 p. m.

Anexo: no

Teléfono: 3146194354

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

GS-2024-001162-REGI3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGION DE POLICIA No. TRES
GRUPO CONTRATOS REGI3

CEA.3.0-07
16-ECD-003

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

AREAD-GRUCO - 3.1

Pereira, 25 de enero de 2024

Señor (a)
Dr. JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ
Represente Legal "E.S.E Hospital San Vicente de Paúl"
Carrera 14 entre calle 29 y 30
Santa Rosa De Cabal

Asunto: Solicitud Aceptación Adición y Prorroga al Contrato No. 86-5-20077-23

Cordial Saludo, con toda atención me permito solicitarle, estudie la posibilidad de aceptar una Adición y Prorroga al Contrato No. **86-5-20077-23**, y que tiene como objeto "La 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 del departamento de Quindío (Circasia, Montenegro, Quimbaya y Caicedonia), del departamento de Caldas (Anserma, Riosucio y Viterbo), y del departamento de Risaralda (Santa Rosa de Cabal, Guática, Apia y Marsella) pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, Grupo 7 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda"; lo anterior en razón a que se hace necesario garantizar la continuidad de la Prestación de los servicios para la Vigencia 2024; por lo que se requiere adicionar para la Vigencia 2024 un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($48.000.000,00)** al contrato No. **86-5-20077-23**.

Así las cosas, el valor del contrato principal No. **86-5-20077-23** más los valores de la **Adición No. 001** y la **Adición No. 002,** será por un valor total **CIENTO OCHENTA MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($180.000.000,00)** Presupuesto distribuido de la siguiente manera así: **CIENTO DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($102.000.000,00)** para la Vigencia 2023 y **SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($78.000.000,00)** Para la Vigencia 2024.

Como también se requiere prorrogar al plazo de ejecución del contrato No. **86-5-20077-23** por tres (03) meses más a partir del primero (01) de junio del año 2024 hasta el treinta y uno (31) de agosto del año 2024; Así las cosas el plazo de ejecución será de Dieciséis (16) meses y siete (07) días distribuidos de la siguiente manera: ocho (08) Meses y siete (07) días a partir del 24/04/2023 hasta el 31/12/2023 para la vigencia 2023 y ocho (08) meses a partir del 01/01/2024 hasta el 31/08/2024 vigencia 2024.

NOTA: *POR TRATARSE DE UN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO SERÁ OBLIGATORIO LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DE CONFORMIDAD CON LO PRECEPTUADO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTICULO 2.2.1.2.1.4.5 "NO OBLIGATORIEDAD DE GARANTÍAS" EN LA*

CONTRATACIÓN DIRECTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS ESTABLECIDAS EN LA SECCIÓN 3 QUE COMPRENDE LOS ARTÍCULOS 2.2.1.2.3.1.1 AL 2.2.1.2.3.5.1 DEL PRESENTE DECRETO NO ES OBLIGATORIA Y LA JUSTIFICACIÓN PARA EXIGIRLAS O NO DEBE ESTAR EN LOS ESTUDIOS Y DOCUMENTOS PREVIOS; SIN EMBARGO EL CONTRATISTA PRESENTARÁ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ANUALMENTE, INMEDIATAMENTE LA SUSCRIBIRÁ Y SERÁ APROBADA POR LA JEFATURA GRUPO DE CONTRATOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3. MIENTRAS ESTÉ VIGENTE EL CONTRATO

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Luis Gabriel Perez Barreto
Grado: Subintendente
Cargo: Analista De Contratos
Cédula: 93136238
Dependencia: Grupo Contratos Regi3
Unidad: Region De Policia No. Tres
Correo: luis.perez6238@correo.policia.gov.co
25/01/2024 3:03:48 p. m.

Anexo: no

Teléfono: 3146194354

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Santa rosa de cabal, 26 de enero de 2024

Señor:

LUIS GABRIEL PEREZ BARRETO
Subintendente
Región De Policía No. Tres

Asunto: Aceptación de Adición y Prorroga al Contrato No. 86-5- 20077-23

Me permito informar que como representante legal de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL de Santa rosa de Cabal se acepta la Adición N.002 y Prorroga N.002 al Contrato No. 86-5-20077-23, y que tiene como objeto "La 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 del departamento de Quindío (Circasia, Montenegro, Quimbaya y Calcedonia), del departamento de Caldas (Anserma, Riosucio y Viterbo), y del departamento de Risaralda (Santa Rosa de Cabal, Guática, Apia y Marsella) pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, grupo 7 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda";

por lo anterior se aceptan las siguientes modificaciones:

- Adicionar para la Vigencia 2024 un valor de CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($48.000.000,00) al contrato No. 86-5-20077-23.

- El valor del contrato principal No. 86-5-20077-23 más los valores de la Adición No. 001 y la Adición No. 002, será por un valor total CIENTO OCHENTA MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($180.000.000,00) Presupuesto distribuido de la siguiente manera así: CIENTO DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($102.000.000,00) para la Vigencia 2023 y SETENTA Y OCHO MILLONES

DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($78.000.000,00) Para la Vigencia 2024.

- Prorrogar el plazo de ejecución del contrato No. 86-5-20077-23 por tres (03) meses más a partir del primero (01) de junio del año 2024 hasta el treinta y uno (31) de agosto del año 2024, Así las cosas el plazo de ejecución será de Dieciséis (16) meses y siete (07) días distribuidos de la siguiente manera: ocho (08) Meses y siete (07) días a partir del 24/04/2023 hasta el 31/12/2023 para la vigencia 2023 y ocho (08) meses a partir del 01/01/2024 hasta el 31/08/2024 vigencia 2024.

Atentamente,

JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ
Representante legal ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Vbo. Michelle Duque Q

GS-2024-001171-REGI3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGION DE POLICIA No. TRES
GRUPO CONTRATOS REGI3

ONAC ACREDITADO CEA.3.0-07 16-ECD-003

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

AREAD-GRUCO - 3.1

Pereira, 25 de enero de 2024

Señor (a) patrullero
JUAN CAMILO RIVERA BONILLA
Estafeta
diagonal expofuturo sector la villa olímpica estadio
Pereira

Asunto: Solicitud Certificado Plan de Compras Adición y Prorroga al Contrato No. 86-5-20077-23

Con toda atención me permito solicitar al señor patrullero, certifique si en el Plan de Compras Vigencia 2024, se encuentra contemplado el siguiente servicio discriminando los siguientes aspectos rubro, subrubro, descripción, presupuesto disponible, cantidad, unidad de medida, descripción, código CUBS, modalidad de contratación así:

86-5-20077-23	La 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 del departamento de Quindío (Circasia, Montenegro, Quimbaya y Caicedonia), del departamento de Caldas (Anserma, Riosucio y Viterbo), y del departamento de Risaralda (Santa Rosa de Cabal, Guática, Apia y Marsella) pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, grupo 7 E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal Risaralda	CIENTO TREINTA Y DOS MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($132.000.000,00) Presupuesto distribuido de la siguiente manera así: CIENTO DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($102.000.000,00) para la Vigencia 2023 y TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($30.000.000,00) Para la Vigencia Futura 2024.	**CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($48.000.000,00)** Para la Vigencia 2024

Dicha certificación se requiere para adelantar los trámites que conlleven a realizar la Adición y Prorroga al Contrato No. **86-5-20077-23**, por valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($48.000.000,00)** Para la Vigencia 2024.

Como también se requiere prorrogar al plazo de ejecución del contrato No. **86-5-20077-23** por tres (03) meses más a partir del primero (01) de junio del año 2024 hasta el treinta y uno (31) de agosto del año 2024.

Atentamente,

...

Firmado digitalmente por:
Nombre: Luis Gabriel Perez Barreto
Grado: Subintendente
Cargo: Analista De Contratos
Cédula: 93136238
Dependencia: Grupo Contratos Regi3
Unidad: Region De Policia No. Tres
Correo: luis.perez6238@correo.policia.gov.co
25/01/2024 3:41:26 p. m.

Anexo: no

Teléfono:
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACIÓN PÚBLICA

Código: 1DE-FR-0033	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Fecha: 13-08-2021	CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO
Versión: 3	

POLICIA NACIONAL

FECHA	27 DE ENERO DE 2024
CERTIFICADO No.	27

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R10		FONDOS ESPECIALES R16		OTRO RECURSO_____	
O 40	RASES ARGES	PROGRAMA O - ATENCION INTEGRAL DE SERVICIOS EN SALUD	ENERO	85121700	02-02-02-009-03 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD - (SANTA ROSA RISARALDA)	43.000.000,00				43.000.000,00		
En mi calidad de Responsable de Planeacion de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, certifico que consultado el Plan de Compras de Bienes y Servicios de la vigencia fiscal 2024, existe presupuesto para contratar elementos y/o servicios, como a continuación se discrimina: segun Resolucion No. 0001 del 01 de enero de 2024 del Decreto 2590 del 23 de diciembre de 2022 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2024 ,se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos",se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud al Nivel Central, Regionales de Aseguramiento en Salud,Unidades Prestadoras de Salud y Hospital Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2024". Solicitud expedición Plan de compras mediante comunicado oficial N° 001171 del 25/01/2024 para adicionar el proceso de SERVICIOS HOSPITALARIOS DE BAJA COMPLEJIDAD - MUNISIPIO DE SANTA ROSA, (RISARALDA) contrato 86-5-20077-23 por valor de $43.000.000								-	-	-	43.000.000	-	-

No. SISCO	REGI3-2023-139

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN 2024: 43.000.000,00

Patrullero JUAN CAMILO RIVERA BONILLA
Grado, Nombres y Apellidos Responsable Direccionamiento Estratégico y de Recursos Unidad

RECIBE:
Grado, Nombres y Apellidos
Cargo
Unidad

Patrullero JUAN CAMILO RIVERA BONILLA
Grado, Nombres y Apellidos Jefe Planeación Unidad

Código: 1DE-FR-0033	PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Fecha: 13-08-2021	CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO
Versión: 3	

POLICIA NACIONAL

FECHA 30 DE ENERO DE 2024

CERTIFICADO No. 27

UNIDAD QUE EJECUTA	UNIDAD QUE REQUIERE	UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO	MES PROYECTADO COMPRA	CODIGO UNSPSC	RUBRO PRESUPUESTAL	DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA)	APORTES DE LA NACIÓN R10		FONDOS ESPECIALES R10		OTRO RECURSO _____	
O 40	RASES ARGES	PROGRAMA O - ATENCION INTEGRAL DE SERVICIOS EN SALUD	ENERO	85121700	02-02-02-009-03 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA	SERVICIOS HOSPITALARIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD - (SANTA ROSA RISARALDA)	48.000.000,00				48.000.000,00		
									-	-	-	48.000.000	-	-

En mi calidad de Responsable de Planeacion de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, certifico que consultado el Plan de Compras de Bienes y Servicios de la vigencia fiscal 2024, existe presupuesto para contratar elementos y/o servicios, como a continuación se discrimina: segun Resolucion No. 0001 del 01 de enero de 2024 del Decreto 2590 del 23 de diciembre de 2022 "Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2024 ,se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos",se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del Presupuesto de Gastos de Salud al Nivel Central, Regionales de Aseguramiento en Salud,Unidades Prestadoras de Salud y Hospital Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2024". Solicitud expedicion Plan de compras mediante comunicado oficial N° 001171 del 25/01/2024 para adicionar el proceso de SERVICIOS HOSPITALARIOS DE BAJA COMPLEJIDAD - MUNICIPIO DE SANTA ROSA, (RISARALDA) contrato 86-5-20077-23 por valor de $48.000.000

No. SISCO REGI3-2023-139 48853

VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN 2024 48.000.000,00

Patrullero JUAN CAMILO RIVERA BONILLA
Grado, Nombres y Apellidos Responsable Direccionamiento Estratégico y de Recursos Unidad

Patrullero JUAN CAMILO RIVERA BONILLA
Grado, Nombres y Apellidos Jefe Planeación Unidad

RECIBE:

Grado, Nombres y Apellidos _____

Cargo _____

Unidad _____

Sol. CDP
21124

SIIF Nación

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	Mi-hjbetancu	JHONIDER BETANCUR VARELA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-040	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Fecha y Hora Sistema:	16/02/2024 12:00:00 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 21324 de fecha 2024-02-05. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	21524	Fecha Registro:	2024-02-16	Unidad / Subunidad Ejecutora:		16-01-02-040 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3			
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Inicial:	48.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00			Valor Actual:	48.000.000,00	Saldo x Obligar:	48.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	891480036	Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	Medio de Pago:	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	127569997894	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo:	Corriente	Estado:	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	93412603	Nombre:	RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA	Cargo:	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		Fecha de Registro:		Genera Viáticos:	No	Num. Solicitud de Comisión:		Número:	86-5-20077-23	Tipo:	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	Fecha:	2024-02-16

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
O40 ATENCION SALUD	A-02-02-02-008-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y	Nación	16	SSF		48.000.000,00	0,00		
					Total:	48.000.000,00	0,00	48.000.000,00	48.000.000,00

Objeto:	ADICION SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL HASTA 31-08-2024 CDP 21324 DEL 05-02-2024 CONT 86-5-20077-23

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
O40	DISAN SECCIONAL DE SANIDAD RISARALDA	4-2	ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2024-06-27	48.000.000,00	48.000.000,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

SISCO
488543

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 3

Nit: 900339410

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Numero: 289

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que se ha registrado el siguiente compromiso por un valor de: CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE *** $48,000,000.00

Por Concepto de: PAA 27 DEL 30/01/2024 SERVICIOS HOPITALARIOS DE BAJA DE MEDIANA YALTA COMPLEJIDAD -SANTA ROSA DE CABAL AD 002CTO6-5-20077-23 SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA

Estado: AUTORIZADO

Area Solicitante: ATENCION EN SALUD SECC RISARALDA

Nombre Solicitante: RUBEN ARBOLEDA

Fecha Solicitud: 05/02/2024

Observaciones: .

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECU	DESCRIPCIÓN	VIGENCIA	REFERENCIA		VA
						Doc	Número	
01524400	ATENCION EN SALUD SECC RISARALDA	020202009	16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2024	CDP	228	$48,000,0
						TOTAL		$48,000,0

Beneficiario: 891480036 - HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Documento: REG - REGISTRO PRESUPUESTAL NroRese: 48 Acta Nro: 0 Vigencia: 2024

Expedido a los 16 dias del mes de Febrero de 2024 en la ciudad de PEREIRA

CESAR AUGUSTO ZAMUDIO RENDON
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3 IDENTIFICADA CON NIT 900.339.410-8 Y LA E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA IDENTIFICADA CON NIT 891480036-6, CUYO OBJETO ES LA "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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA".

Entre los suscritos a saber, el señor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía Nro. 93412603 expedida en Ibagué - Tolima, actuando en nombre y representación de **LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3**, en su calidad de Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 según Orden Interna Nro. 133 de fecha 29 de Agosto de 2023, emanada de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, debidamente facultado para celebrar contratos mediante Resolución No. 2115 del 23 de junio de 2023 "*Por la cual se delega en algunos funcionarios, la competencia para contratar, comprometer y ordenar el gasto, en desarrollo de las apropiaciones incorporadas al presupuesto de la Policía Nacional y suscribir convenios y/o contratos interadministrativos*", quien en adelante y para efectos de esta modificación se denominará **EL CONTRATANTE,** por una parte, y por la otra, el señor **JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ,** identificado con cedula de ciudadanía Nro. 4.391.242 expedida en Belén de Umbría Risaralda, quien actúa en calidad de Representante Legal entidad **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA** identificada con el **NIT. 891480036-6**, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido suscribir la presente **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23**, previa las siguientes consideraciones:

1. Que, la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, suscribió el Contrato Nro. **86-5-20077-23,** del 04 de abril de 2023, el cual tiene por objeto la **"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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA",** por un valor de **CIENTO VEINTE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($120.000.000,00)** para la vigencia 2023, amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF Nro. 26023 del 17/03/2023 y QUIPU 307 del 17/03/2023** para la vigencia 2023.

2. Así mismo, se estipula como **PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN** el siguiente: El plazo de ejecución del contrato será a partir de la firma del contrato, aprobación de la garantía única, expedición del registro presupuestal y la carta de inicio y **31 de diciembre** para la vigencia 2023 o hasta agotar el presupuesto disponible, lo que primero ocurra.

3. Que, el contrato principal se perfeccionó y legalizó con la firma del contrato, expedición del registro presupuestal, aprobación de las garantías y la carta de inicio del contrato, el pasado 24 de abril de 2023, proferida por la Mayor **HELLEN JOHANNA JIMENEZ OREJUELA** en su calidad de Jefe Regional De Aseguramiento en Salud Nro.3.

4. Que, el 22 de diciembre de 2023 se realizó **SUSTITUCIÓN 01** por un valor de **DIECISIETE MILLONES DE PESOS MCTE ($17.000.000)** de la vigencia 2023 a la vigencia 2024, **ADICIÓN 01** por un valor de **DOCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($12.000.000) Y PRORROGA 01** por un periodo de **CINCO** (05) meses contados a partir del 01/01/2024 al 31/05/2024.

Así las cosas, el valor del contrato principal Nro. **86-5-20077-23**, asciende a la suma de: **CIENTO TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($132.000.000)**, distribuidos de la siguiente manera: **CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000)**, para la vigencia 2023 y **VEINTINUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($29.000.000)**, para la vigencia 2024 y el plazo de ejecución en total es de: **Doce (12) meses y siete (07) días.**

5. Que, el Subintendente **LUIS GABRIEL PEREZ BARRETO**, en su calidad de supervisor del contrato Nro. **86-5-20077-23** mediante comunicación oficial GS-2024-001162 REGI3 del 25 de enero de 2024, solicita a la entidad, la aceptación para realizar la siguiente modificación: **ADICION 02** por un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024 y **PRORROGA 02** por un periodo de tres (03) meses, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024; la entidad mediante documento escrito de fecha 26 de enero de 2024, acepta la modificación descrita.

6. Que, el Subintendente **LUIS GABRIEL PEREZ BARRETO**, en su calidad de supervisor del contrato Nro. **86-5-20077-23** mediante comunicación oficial GS-2024-001167 REGI3 del 25 de enero de 2024, solicita al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro.3, al señor Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**, autorizar la siguiente modificación: **ADICION 02** por un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024 y **PRORROGA 02** por un periodo de tres (03) meses, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024; quien mediante nota interna del gestor de documentos policiales GEPOL autoriza el inicio del trámite correspondiente de acuerdo a lo normado.

7. Que la señora Subintendente **YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO**, Jefe del Grupo de Contratos Rases Nro. 3, solicita certificación de recursos mediante comunicado oficial GS-2024-001623 / RASES del 01 de febrero de 2024 para la presente **ADICION 02** *por un valor de* **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024; la dependencia presupuestal emite certificación mediante Certificado de Compromiso de vigencia futura **SIIF 21324 del 05/02/2024 y QUIPU 228 del 05/02/2024.**

8. De conformidad con la Ley 80 de 1993, por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y la Resolución Número 03049 del 30 de Julio del

2014 y 00090 del 15 de enero del 2018, por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional, las partes están facultadas para suscribir la presente **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23.**

EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA: modificar el acápite del **VALOR** del contrato Principal **Nro. 86-5-20077-23**, en el sentido de que se realiza **ADICION 02** por un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000)** para la vigencia 2024.

Así las cosas, el valor total del contrato es de **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000)** distribuidos de la siguiente manera:

CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000), para la vigencia 2023

SETENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($77.000.000) para la vigencia 2024.

CLÁUSULA SEGUNDA: modificar el **PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN** el cual quedará ampliado en tres (03) meses, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024.

Así las cosas, el plazo de ejecución en total es de: **QUINCE (15) meses y SIETE (07) días.**

CLÁUSULA TERCERA: modificar la **APROPIACIÓN PRESUPUESTAL** del contrato principal **Nro. 86-5-20106-23** amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF Nro. 26023 del 17/03/2023 y QUIPU 307 del 17/03/2023.** expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, para la vigencia 2023, toda vez que la presente **ADICION 02** del contrato **N° 86-5-20077-23** esta amparada mediante Certificado de Compromiso de vigencia futura **SIIF 21324 del 05/02/2024 y QUIPU 228 del 05/02/2024**.

CLÁUSULA CUARTA: conforme a lo establecido en las cláusulas del contrato **N° 86-5-20106-23, CLAUSULA DÉCIMA SEXTA** el CONTRATISTA, deberá presentar a favor de LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, póliza de **RESPONSABILIDAD CIVIL DE TERCEROS;** Teniendo en cuenta que se trata de un contrato interadministrativo, no será obligatoria la exigencia de garantías de conformidad con lo estipulado en el Decreto 1082 del 2015, Art 2.2.1.2.1.4.5 ***NO OBLIGATORIEDAD DE GARANTÍAS***. En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la sección 3 que comprende el artículo 2.2.1.2.3.1.1 del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos; sin embargo, el contratista presentará la Póliza de Responsabilidad Civil anualmente, inmediatamente la suscribirá y será aprobada por la Jefatura del grupo de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, mientras esté vigente el contrato.

CLÁUSULA QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – EL CONTRATISTA declaran bajo juramento, el cual se entiende prestado con la aceptación de la **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23** del contrato principal, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Nacional, en los artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes vigentes; así mismo, en

caso de sobrevenir alguna de ellas durante el desarrollo del mismo, procederá conforme, al artículo 9º de la ley 80 de 1993.

Los demás aspectos y acápites del Contrato Principal que no hayan sido objeto de ampliación o aclaración en la presente **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23**, continuarán vigentes en los mismos términos y condiciones.

Para constancia se firma en Pereira – Risaralda

LA POLICÍA NACIONAL,

Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 3

EL CONTRATISTA,

Doctor **JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ**
C.C. Nro 4.391.242 expedida en Belén de Umbría Risaralda
Representante Legal Entidad **"E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA"**
NIT. 891480036-6
Santa Rosa de Cabal Risaralda

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
Vo. Bo:	Abogado Contratos	CPS. Luis Miguel García Rendon	
REVISADO PARA FIRMA POR:	Responsable Grupo Contratos	SI. Yenny Alexandra Gómez Patiño	
REVISADO PARA FIRMA POR:	Jefe Logística y Financiera	CT. María Del Pilar Garzón Rueda	

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expo futuro
Teléfono: 3164770 Ext. 8307
deris.rase3-gcon@policía.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA

caso de sobrevenir alguna de ellas durante el desarrollo del mismo, procederá conforme, al artículo 9° de la ley 80 de 1993.

Los demás aspectos y acápites del Contrato Principal que no hayan sido objeto de ampliación o aclaración en la presente **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23**, continuarán vigentes en los mismos términos y condiciones.

Para constancia se firma en Pereira – Risaralda 16/02/24.

LA POLICÍA NACIONAL,

Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 3

EL CONTRATISTA,

Doctor **JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ**
C.C. Nro 4.391.242 expedida en Belén de Umbría Risaralda
Representante Legal Entidad **"E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA"**
NIT. 891480036-6
Santa Rosa de Cabal Risaralda

FUNCIONARIO O ASESOR	DEPENDENCIA	NOMBRE	FIRMA
Vo. Bo:	Abogado Contratos	CPS. Luis Miguel García Rendon	
REVISADO PARA FIRMA POR:	Responsable Grupo Contratos	SI. Yenny Alexandra Gómez Patiño	
REVISADO PARA FIRMA POR:	Jefe Logística y Financiera	CT. María Del Pilar Garzón Rueda	

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expo futuro
Teléfono: 3164770 Ext. 8307
deris.rase3-gcon@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACION PÚBLICA

Vo. Michelle Arge Q

2014 y 00090 del 15 de enero del 2018, por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional, las partes están facultadas para suscribir la presente **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23.**

EN CONSECUENCIA, LAS PARTES ACUERDAN:

CLÁUSULA PRIMERA: modificar el acápite del **VALOR** del contrato Principal **Nro. 86-5-20077-23**, en el sentido de que se realiza **ADICION 02** por un valor de **CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000)** para la vigencia 2024.

Así las cosas, el valor total del contrato es de **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000)** distribuidos de la siguiente manera:

CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000), para la vigencia 2023

SETENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($77.000.000) para la vigencia 2024.

CLÁUSULA SEGUNDA: modificar el **PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN** el cual quedará ampliado en tres (03) meses, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024.

Así las cosas, el plazo de ejecución en total es de: **QUINCE (15) meses y SIETE (07) días.**

CLÁUSULA TERCERA: modificar la **APROPIACIÓN PRESUPUESTAL** del contrato principal **Nro. 86-5-20106-23** amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF Nro. 26023 del 17/03/2023 y QUIPU 307 del 17/03/2023.** expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, para la vigencia 2023, toda vez que la presente **ADICION 02** del contrato **N° 86-5-20077-23** esta amparada mediante Certificado de Compromiso de vigencia futura **SIIF 21324 del 05/02/2024 y QUIPU 228 del 05/02/2024.**

CLÁUSULA CUARTA: conforme a lo establecido en las cláusulas del contrato **N° 86-5-20106-23, CLAUSULA DÉCIMA SEXTA** el CONTRATISTA, deberá presentar a favor de LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3, póliza de **RESPONSABILIDAD CIVIL DE TERCEROS;** Teniendo en cuenta que se trata de un contrato interadministrativo, no será obligatoria la exigencia de garantías de conformidad con lo estipulado en el Decreto 1082 del 2015, Art 2.2.1.2.1.4.5 ***NO OBLIGATORIEDAD DE GARANTÍAS.*** En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la sección 3 que comprende el artículo 2.2.1.2.3.1.1 del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos; sin embargo, el contratista presentará la Póliza de Responsabilidad Civil anualmente, inmediatamente la suscribirá y será aprobada por la Jefatura del grupo de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, mientras esté vigente el contrato.

CLÁUSULA QUINTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – EL CONTRATISTA declaran bajo juramento, el cual se entiende prestado con la aceptación de la **ADICION 02 Y PRORROGA 02** al contrato **N° 86-5-20077-23** del contrato principal, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Nacional, en los artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993 y demás normas concordantes vigentes; así mismo, en

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Nro. GS-2024- 001623 **/ RASES – GRUCO 12.2**

Pereira, 01 de febrero de 2024

Señorita Patrullera
LINA MARCELA SILVA
Analista Contratos
Calle 94 av villa olímpica frente Expofuturo
Pereira.

Asunto: Solicitud Certificado de Disponibilidad

De manera atenta me permito solicitar a esa dependencia, sea expedido el Certificado de Disponibilidad, con el fin de realizar **ADICIÓN 01** para la vigencia 2024, como se detalla a continuación:

NÚMERO DE CONTRATO	**86-5-20077-23– E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA. NIT 891480036-6**
CERTIFICACION PLAN DE COMPRAS Y/O PANA	N° 27 del 30 de enero de 2024
DESCRIPCIÓN DEL 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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA"**
VALOR DEL CONTRATO PRINCIPAL	**CIENTO TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($132.000.000),** distribuidos de la siguiente manera: **CIENTO DOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($102.000.000),** vigencia 2023 y **VEINTINUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($29.000.000),** vigencia 2024.
VALOR ADICIÓN 02	**CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024.
PRORROGA 02	Tres (03) Meses, contados a partir del 01 de junio al 31 de agosto de 2024.

Atentamente,

Sol. CDP 21124

Subintendente **YENNY ALEXANDRA GOMEZ PATIÑO**
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud N°3

Elaboró: LUIS MIGUEL GARCÍA RENDÓN
CPS ABOGADO CONTRATOS

Revisó: SI. YENNY ALEXANDRA GOMEZ PATIÑO
RASES Nro.3 Responsable Grupo Contratos

Fecha de elaboración: 01/02/2024

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

Humana
INFORMACIÓN PÚBLICA

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

Usuario Solicitante:	MHlsilva	LINA MARCELA SILVA RAMIREZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-040	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3
Fecha y Hora Sistema:	1/02/2024 12:00:00 p. m.	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Numero.:	21124	Fecha Registro:	2024-02-01	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-040 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3		
Estado.:	Generado	Valor Inicial:	48.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00	Valor Actual:	48.000.000,00

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL
O40 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES				
		Total:	48.000.000,00	0,00	48.000.000,00

Objeto:	PAA 27 DEL 30/01/2024. SERVICIO HOSPITALARIOS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD - SANTA ROSA DE CABAL. ADICION 002 AL CONTRATO 86-5-20077-23. ESE SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL.

Firma Responsable

2394

Unidad: LA NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3

EL JEFE DE LA **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3** EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE ORDEN INTERNA Nro. 133 DEL 29/08/23, EMANADA DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EN EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO.

No. CONTRATO: 86-5-20077-23

CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA NIT. **891480036-6**

OBJETO DEL CONTRATO: ***"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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA".***

VALOR DEL CONTRATO: CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000) distribuidos de la siguiente manera:

CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000), para la vigencia 2023

SETENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($77.000.000) para la vigencia 2024.

PRORROGA: tres (03) meses, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024.

Así las cosas, el plazo de ejecución en total es de: QUINCE (15) meses y SIETE (07) días.

Póliza De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales Nro.: 55-03-101005823 – Seguros del Estado S.A – Nit.: 860-009.576-6, fecha de expedición: 30/01/2024

AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
		DESDE	HASTA
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES	$ 2.500.000.000	31/01/2024	31/01/2025

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 16/02/2023.

Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 3

Elaborado: CPS LUIS MIGUEL GARCIA RENDON
RASES N° 3 CONTRATOS

Revisado por: SI YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
jefe Grupo de Contratos RASES No.3

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL — NIT 891.480.036-6
DIRECCION CARRERA 14 CALLE 29 Y 30 — CIUDAD SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL — TELEFONO 8486378

ASEGURADO ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL — NIT 891.480.036-6
DIRECCION CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30 — CIUDAD SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA — TELEFONO 8485378

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY — SI

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 01 / 2024	30 / 01 / 2024	31 / 01 / 2025	30 / 01 / 2024	31 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTD	153838	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 2,500,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES CYH	$ 2,500,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES CYH

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA:	$ ********69,192,574.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********13,146,589.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********82,339,163.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 7 NO 19-26 PISO 12, TELÉFONO 6124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110121056491O1(3900)000082339163(96)20240315

REFERENCIA PAGO: 110121056491O-1

55-03-101008523

FIRMA AUTORIZADA

LUCYBENAVIDES

CLIENTE

TOMADOR

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2189277, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL — NIT: 891.480.036-6

DIRECCION: CARRERA 14 CALLE 29 Y 30 — CIUDAD: SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL — TELEFONO: 8485378

ASEGURADO: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL — NIT: 891.480.036-6

DIRECCION: CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30 — CIUDAD: SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA — TELEFONO: 8485378

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY — SI

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
30 / 01 / 2024	30 / 01 / 2024	31 / 01 / 2025	30 / 01 / 2024	31 / 01 / 2025

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION	COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTD CLIENTE	153838	100.00		

INFORMACION DEL RIESGO

P. CUESTADO

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

Pagos con convenio *No aplica para transferencias.

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA:	$ ********69,192,574.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********13,146,589.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********82,339,163.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12, TELÉFONO 6124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D001

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1101210664810 1(3900)000082339163(96)20240315

REFERENCIA PAGO: 1101210664810-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA CLINICAS Y HOSPITALES LIMITE DE ASEGURADO
INTERES ASEGURABLES
AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE PUEDE INCURRIR LA INSTITUCIN MDICA, COMO ENTE JURIDICO, PROPIA DE LA CLNICA, HOSPITAL Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MDICAS, POR LOS DAÑOS CAUSADOS TANTO A PACIENTES COMO A TERCEROS, DERIVADOS DE ERRORES U OMISIONES POR ACTOS MDICOS COMETIDOS EN EL DESARROLLO DE LA PRESTACIN DEL SERVICIO DE SALUD, POR PERSONAL MDICO, PARAMDICO O MEDICO AUXILIAR (MDICOS, PRACTICANTES, ENFERMERAS ETC.), APRENDICES, PRACTICANTES Y EN GENERAL DEL PERSONAL ASISTENCIAL AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIN DEL HOSPITAL, INCLUYENDO PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, DE EVENTOS OCURRIDOS Y RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PLIZA.

-LIMITE DE ASEGURADO $2.500.000.000

-SE OTORGA, COBERTURA BAJO MODALIDAD DUAL (OCURRENCIA $2.500.000.000/ CLAIS MADE $ 2.500.000.000) TOTAL SUMATORIA OCURRENCIA+ CLAIS MADE= $5.000.000.000

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: CLAIMS MADE Y/O OCURRENCIA.. SE OTORGA
FECHA DE RETROACTIVIDAD: ENERO 31 DE 2017 OBLIGATORIO... SE OTORGA
ACTIVIDAD: INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD... SE OTORGA
AMBITO TERRITORIAL:COLOMBIA...SE OTORGA
JURISDICCION : COLOMBIA .. SE OTORGA

NO. DE CAMAS: 30
NO. DE SILLAS DE ODONTOLOGIA: 5
NO. DE AMBULANCIAS: 3
NIVEL DE ATENCION : NIVEL I
TIPO DE INSTITUCION: HOSPITAL

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

CONDICIONADO GENERAL: 07/10/2022 - 1329 - P - 06 - 0000000E-RC-004A - D00I

ESPECIALIDAD	NO. PROF
-ODONTOLOGIA	4
-HIGIENISTAS	5
-MEDICO GENERAL	9
-BACTERIOLOGO	5
-AUXILIAR DE ENFERMERIA	73
-ENFERMERAS Y LABORATISTA	12

DE ACUERDO A SOLICITUD SE TIENE ESPECIALISTAS 4 Y ATENCION DEL PARTO 15

TOTAL PROFESIONALES ASEGURADOS 123

LIMITE ASEGURADO OPCION NO. 1 $ 2.500.000.000

AMPAROS	OBSERVACIONES
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA: - INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MDICO DERIVADO DE LA PRESTACIN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA Y HASTA LOS LMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PLIZA.	SEGURO AL 100%
-CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIN AL ACTO MDICO, EN RELACIN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIN DE INDEMNIZAR, SEGN SE DESCRIBE EN EL PUNTO ANTERIOR. EN ESTE CASO LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTN O NO EN RELACIN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.	SEGURO AL 100%
-ASI MISMO, SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.	SEGURO AL 100%
-ACTOS MEDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARCTER CIENTFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIN DE LOS CUALES REPRESENTARA EL LTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAZ DE SU CONDICIN.	SEGURO AL 100%

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

-ACTOS MDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIN, SUPERVISIN O APROBACIN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CON HABILITACIN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MDICOS, EXCEPTO EN LOS CASOS EN QUE NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES. SEGURO AL 100%

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN EVENTO QUE CAUSE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARTULA DE ESTA PLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO. SEGURO AL 100%

-RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA INSTITUCIN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MDICOS, QUIRRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIN DIRECTA DEBERN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBER CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIN O HABILITACIN OFICIAL Y/O DEBER HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIN O HABILITACIN RESPECTIVA SEGURO AL 100%

-RESPONSABILIDAD POR TODO CONCEPTO DE COSTAS, GASTOS, INTERESES, CONSTITUCIN DE CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O PREVISORA POR RAZN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LOS SUBLMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PLIZA, POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA.

SUBLIMITE DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO, DISTRIBUIDO ASI:

-POR PROCESO $10,000,000 Y POR EVENTO $30,000,000.
-CAUSIONES JUDICIALES $15,000,000 POR EVENTO Y $50,000,000 POR VIGENCIA

ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL ACTO MDICO O EVENTO, QUE DIERA ORIGEN A LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES: SEGURO AL 100%

A) QUE DICHO ACTO MDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PLIZA.

B) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PLIZA, SU RENOVACIN O DURANTE EL PERIODO DE EXTENSIN DE DENUNCIAS.

-PERJUICIOS PATRIMONIALES, INCLUYE DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIEMPRE QUE SE DERIVE DE UN DAÑO MATERIAL, LESION CORPORAL, CUBIERTO POR LA POLIZA. SEGURO AL 100%

-PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, INCLUYE PERJUICIO MORAL, PERJUICIOS FISIOLOGICOS Y DAÑOS A LA VIDA DE RELACION, SIEMPRE QUE SE DERIVEN DE UN DAÑO MATERIAL, LESION CORPORAL, CUBIERTO POR LA POLIZA. SEGURO AL 100%

-RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA. SEGURO AL 100%

SUBLIMITES:

GASTOS JUDICIALES, DE DEFENSA O DE ABOGADOS: SUBLIMITADO

-CAUSIONES JUDICIALESCAUSIONES JUDICIALES $15,000,000 POR EVENTO Y $50,000,000 POR VIGENCIA
-GASTOS DE DEFENSA PARA INVESTIGACIONES PRELIMINARES, $20.000.000 POR EVENTO Y $60.000.000 POR VIGENCIA.

GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA: SE ENTIENDE AQUELLOS GASTOS MDICOS, QUIRRGICOS, DE AMBULANCIA, HOSPITALARIOS, DE ENFERMERAS Y DE MEDICAMENTOS PRESTADOS A TERCEROS EN QUE SE INCURRAN, HASTA CINCO (5) DAS CALENDARIOS SIGUIENTES AL ACCIDENTE. PARA ESTA COBERTURA SE EXCLUYEN RECLAMACIONES DE EMPLEADOS Y CONTRATISTAS DEL ASEGURADO.SUBLIMITADO 5% EVENTO 10% VIGENCIA POR MEDICO.

CLAUSULAS ADICIONALES:

-REVOCACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA CON AVISO 90 DIAS
-AMPLIACIN DE AVISO DE SINIESTRO, 30 DAS
-EXTENSION DEL PERIODO DE RECLAMACIONES 12 MESES: ESTA SOLO OPERA CUANDO LA PLIZA ES CANCELADA, O NO RENOVADA POR LA COMPAÑIA, SE OTORGA COBERTURA CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL Y DEBER SER SOLICITADA 60 DAS ANTES DEL VENCIMIENTO DE LA PLIZA.OBLIGATORIO
-DESIGNACION DE AJUSTADOR DE MUTUO ACUERDO
-ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%
-DEFINICION DE SUBLIMITE
-ARBITRAMENTO CON SEDE EN PEREIRA
-DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

-EXTENSIN DEL PERODO DE RECLAMACIONES, SEGN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PLIZA: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA EN CASO DE REVOCACIN O NO RENOVACIN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIN DE LA VIGENCIA DE LA PLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA LTIMA VIGENCIA DE LA PLIZA. ESTA EXTENSIN DE COBERTURA DAR LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.OBLIGATORIO

-LIBRE ESCOGENCIA DE ABOGADO PARA LA DEFENSA. MEDIANTE ESTA CONDICIN, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA SELECCIN DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA DEFENSA CORRESPONDER AL HOSPITAL, O LOS FUNCIONARIOS QUE STA DESIGNE, QUIENES PARA SU APROBACIN POR LA E.S.E. PRESENTARN A LA COMPAÑA LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE. LA COMPAÑA PODR PREVIA SOLICITUD Y DE COMN ACUERDO CON EL HOSPITAL, ASUMIR LA DEFENSA DE CUALQUIER LITIGIO O PROCEDIMIENTO LEGAL A NOMBRE DEL ASEGURADO, A TRAVS DE ABOGADOS ELEGIDOS POR STE.

-ACEPTACION DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA, DENTRO DE LOS SEIS (6) DAS HBILES. MEDIANTE ESTA CONDICIN, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA ASEGURADORA SE PRONUNCIAR SOBRE LA COBERTURA O NO DE LAS RECLAMACIONES Y SOBRE LA COTIZACIN DE HONORARIOS DEL ABOGADO, GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA, EN LA BREVEDAD POSIBLE Y MXIMO DENTRO DE LOS SEIS (6) DAS HBILES SIGUIENTES AL RECIBO DE LA DOCUMENTACIN QUE ACREDITE LOS MISMOS. EN CASO CONTRARIO SE ENTENDERN ACEPTADOS LOS HONORARIOS DE ABOGADO, DE CONFORMIDAD CON LA(S) COTIZACIN(ES) PRESENTADA(S) POR LA ENTIDAD ASEGURADA.

-CLAUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES. QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA COMPAÑA ACEPTA LAS CONDICIONES BSICAS TCNICAS ESTABLECIDAS EN ESTA PLIZA, EN LOS TRMINOS SEÑALADOS EN LE MISMO, POR LO TANTO, EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA TCNICA BSICA, FRENTE A LOS TEXTOS DE LOS EJEMPLARES DE LAS PLIZAS, CERTIFICADOS, ANEXOS O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO; PREVALECER LA INFORMACIN Y CONDICIONES BSICAS TCNICAS ESTABLECIDAS.

-INDEMNIZACION POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL. QUEDA CONVENIDO QUE LA COMPAÑA INDEMNIZARA LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO A UN TERCERO EFECTUADO SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRI EL EVENTO DEN LUGAR A CONSIDERAR LA RESPONSABILIDAD O CULPA DEL ASEGURADO.

-ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES.

-RESTABLECIMIENTO AUTOMTICO DE VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO: NO OBSTANTE LO SEÑALADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, QUEDA ACORDADO QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PLIZA SE RESTABLECER AUTOMTICAMENTE EN EL CASO DE PRODUCIRSE UNA O VARIAS PRDIDAS AMPARADAS.

-EXTENSION DE AMPARO: ESTA PLIZA TAMBIN CUBRIR A LAS PERSONAS QUE A CONTINUACIN SE DESCRIBEN, CUANDO RECIBAN SERVICIO O ATENCIN MDICA COMO PACIENTES DEL ASEGURADO: A) LAS PERSONAS EN RELACIN LABORAL CON EL ASEGURADO B) LOS SOCIOS, GERENTES, NIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADOI, MIENTRAS ESTN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIN DE STE C) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES D) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACION DE SERVICIOS

-COBERTURA DE RECLAMOS COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

-EXCLUSION DE GARANTIAS

-CULPA GRAVE NO DOLOSA DEL ASEGURADO O SUS DEPENDIENTES

-SUMINISTRO DE ALIMENTOS A TERCEROS POR LOS ASEGURADOS, O POR CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS

-RC DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES DENTRO Y FUERA DE PREDIOS ASEGURADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE REALICE POR PERSONAL PROFESIONAL MDICO Y DE LA SALUD, Y/O EN VEHCULOS PROPIOS CUYAS CARACTERSTICAS SEAN ESPECFICAS PARA ESTE TIPO DE TRANSPORTE.

DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA (CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS) ACORADOS ENTRE LAS PARTES:

PRIMERO: NOTIFICACIN A LA COMPAÑA. UNA VEZ NOTIFICADO LEGALMENTE EL ASEGURADO DEL AUTO ADMISORIO DE UNA DEMANDA QUE AFECTE LA PLIZA, SE PROCEDER, DENTRO DE UN TRMINO NO MAYOR DE CINCO (5) DAS HBILES, A REMITIR COPIA INFORMAL DE LA MISMA SIN ANEXOS A LA COMPAÑA.

SEGUNDO: ESTUDIO Y EVALUACIN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTA. LA COMPAÑA EVALUAR, DENTRO DE LOS CINCO DAS HBILES SIGUIENTES AL RECIBO DE LOS DOCUMENTOS DE LA DEMANDA, LA POSIBILIDAD DE QUE NO SEA LLAMADA EN GARANTA AL PROCESO POR PARTE DEL ASEGURADO, Y EN CAMBIO, LA COMPAÑA SE ACOJA NTEGRAMENTE A LA DEFENSA JUDICIAL QUE ASUME EN EL PROCESO EL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE QUE LA COMPAÑA NO SE PRONUNCIE DENTRO DEL TRMINO MENCIONADO, EL ASEGURADO DECIDIR EL LLAMAMIENTO LIBREMENTE. SIEMPRE, EN TODOS LOS CASOS, EL ASEGURADO CONSERVA AUTONOMA PARA LLAMAR O NO EN GARANTA A LA COMPAÑA.

TERCERO: EFECTOS DE LA DECISIN DE NO COMPARECER EN CALIDAD DE LLAMADO EN GARANTA AL PROCESO: CUANDO ENTRE LAS PARTES SE ACUERDE QUE LA COMPAÑA NO SEA LLAMADA EN GARANTA, Y EN CONSECUENCIA ELLA SE OBLIGA A CONCURRIR EN LOS TRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PLIZA A LA SENTENCIA JUDICIAL QUE EVENTUALMENTE SE PROFIERAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, ESTA DECISIN APAREJA LAS SIGUIENTES CONSECUENCIAS:

A. LA COMPAÑA SE OBLIGA A INDEMNIZAR COMPLETAMENTE POR LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, Y POR LOS QUE PUEDA SER CONDENADO EN EL PROCESO QUE CONTRA ELLAS SE ADELANTE, DENTRO DE LOS LMITES Y CONDICIONES ESTABLECIDOS POR LA PLIZA, SEA QUE ESTE TERMINE POR FALLO U OTRA VA JUDICIAL QUE PRODUZCA SUS MISMOS EFECTOS.

B. LA ANTERIOR DECLARACIN DE ACEPTACIN EXPRESA TIENE COMO NICA FINALIDAD LA INTERRUPCIN DE LA PRESCRIPCIN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE SEGURO EN FORMA NATURAL SEGN LO CONTENIDO EN EL ARTCULO 2539 DEL CDIGO CIVIL COLOMBIANO, MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO EXPRESO QUE HACE LA COMPAÑIA DE LA OBLIGACIN CONTRADA EN LA PLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

C. LA DIRECCIN, ORIENTACIN Y GESTIN JURDICA DEL PROCESO JUDICIAL CORRESPONDE AUTNOMA Y EXCLUSIVAMENTE A LOS CRITERIOS DEL ASEGURADO. NO OBSTANTE, LA COMPAÑA EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE DAR A CONOCER, PRIVADAMENTE AL ASEGURADO, CRITERIOS O PUNTOS DE VISTA QUE CREA BENEFICIOSOS PARA LA ATENCIN DEL PROCESO.

D. LA COMPAÑA, EN CUALQUIER MOMENTO, PODR SOLICITAR AL ASEGURADO INFORMES RELATIVOS AL DESARROLLO DEL PROCESO.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

E. LA DECISIN QUE ASUME LA COMPAÑA DE RELEVARSE DEL LLAMAMIENTO EN GARANTA, IMPLICA LA ACEPTACIN DE TODOS LOS RIESGOS QUE CONLLEVA LA DEFENSA JUDICIAL ASUMIDA POR EL ASEGURADO. EN CONSECUENCIA, NINGUNA RAZN O CONSIDERACIN, SERVIR A LA COMPAÑA COMO EXCUSA PARA NO EFECTUAR EL PAGO EN LOS TRMINOS Y CONDICIONES DE LA PLIZA- DE LA SENTENCIA JUDICIAL DICTADA EN CONTRA DEL ASEGURADO.

F. LA CONCILIACIN O CUALQUIER OTRO MECANISMO DE ARREGLO QUE SE LLEVE A CABO DURANTE EL PROCESO JUDICIAL, EN LA MEDIDA QUE AFECTE LOS INTERESES ECONMICOS DE LA COMPAÑA, DEBER SER CONSULTADO Y APROBADO PREVIAMENTE POR STA.

G. EN EL EVENTO DE UNA CONDENA JUDICIAL EN FIRME CONTRA EL ASEGURADO, LA COMPAÑA DEBER PROCEDER AL PAGO, SEGN LA CUANTA QUE LE CORRESPONDA DE ACUERDO CON LA PLIZA, A TRAVS DE UN PAGO DIRECTO O REEMBOLSO QUE DEBER EFECTUAR AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO QUE PARA TAL EFECTO SE FIJE EN LA RESPECTIVA SENTENCIA, SO PENA DE PAGAR UN INTERS MORATORIO A LA TASA MXIMA LEGAL PERMITIDA, SIEMPRE Y CUANDO SE LLAME EN GARANTA A LA ASEGURADORA.

DEDUCIBLES:OBLIGATORIO

-GASTOS MEDICOS: SIN APLICACIN DE DEDUCIBLE.
-GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIN DE DEDUCIBLE. SIN APLICACIN DE DEDUCIBLE.
-DEMAS EVENTOS:10% DEL VALOR DE LA PRDIDA, MNIMO 3 SMMLV.

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

FORMA 06/07/2018 - 1329 - P - 06 - ERC004A
SEGUROS DEL ESTADO S.A
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD
(CLINICAS Y HOSPITALES)
CONDICIONES GENERALES
MODALIDAD OCURRENCIA
SEGUROS DEL ESTADO S.A, QUE EN LO SUCESIVO SE LLAMARA SEGURESTADO, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, LAS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA, Y CON SUJECION A LA SUMA ASEGURADA Y A LOS DEMAS TERMINOS, CONDICIONES Y/O EXCLUSIONES DEL PRESENTE CONTRATO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA DE LA EMPRESA DE LA SALUD ASEGURADA, LA CUAL DEBE ESTAR CONSTITUIDA DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA REGULAN EN EL TERRITORIO NACIONAL.

S E C C I O N I

COBERTURAS

1.AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

SEGURESTADO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE DE ACUERDO CON LA LEY INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE LA ACTIVIDAD DESCRITA EN LA POLIZA DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, E INDEMNIZARA HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO PACTADO PARA CADA AMPARO Y EN EXCESO DE LOS DEDUCIBLES ESTABLECIDOS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO A PACIENTES Y/O TERCEROS SIEMPRE QUE LOS HECHOS OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE PROBADOS.
A CONSECUENCIA DE ACTOS ERRONEOS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, ACCION U OMISION, COMETIDOS DE MANERA INVOLUNTARIA EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL QUE ESTE VINCULADO BAJO RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL O AUTORIZADOS POR ESTE PARA EJERCER EN SUS INSTALACIONES AL SERVICIO DEL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO FIGUREN DENTRO DE LA RELACION DE PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD ASEGURADOS BAJO ESTA POLIZA Y POR LOS CUALES SEA CIVILMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.

CUANDO SE TRATE DE ACUERDOS DE CONCILIACION (JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL) QUE REALICE EL ASEGURADO, DEBE MEDIAR AUTORIZACION EXPRESA DE SEGURESTADO PARA PODER ACCEDER A LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTA POLIZA.
TODA SUMA QUE SEGURESTADO DEBA PAGAR COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO EN LA POLIZA, REDUCIRA EN IGUAL PROPORCION EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA LA COBERTURA AFECTADA.
PARAGRAFO: SEGURESTADO, INDEMNIZARA LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, CUANDO SE HAYA GENERADO PERDIDA ECONOMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE DAÑOS MATERIALES O PERSONALES AL BENEFICIARIO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACION POR UN EVENTO AMPARADO POR LA POLIZA.

2.EXTENSIONES A LA COBERTURA BASICA
CON SUJECION A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO, LA COBERTURA BASICA SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A PACIENTES O TERCEROS A CONSECUENCIA DE Y DE ACUERDO A LA EXTENSION DE COBERTURA AFECTADA, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DESCRITO EN LA CARATULA DE LA POLIZA:

2.1SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR EL SUMINISTRO, FORMULACION O ADMINISTRACION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES ATENDIDOS, QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SUPERVISION DIRECTA DE ESTE, ESTEN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE Y SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y/O PRESTACION DEL SERVICIO.
NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS DEL FABRICANTE, SIN PERJUICIO DE LAS DEMAS EXCLUSIONES SEÑALADAS EN EL CAPITULO II DE ESTE CONDICIONADO.

2.2USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO POR LA POSESION Y/O EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD CON FINES DE DIAGNOSTICO O TERAPEUTICA, SIEMPRE QUE DICHOS APARATOS Y/O TRATAMIENTOS ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MEDICA Y QUE EL ASEGURADO REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO ESPECIFICADOS Y ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE.

2.3RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
SEGURESTADO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DEL USO DE SUS PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, POR:
A.LA PROPIEDAD, USO O POSESION DE LOS PREDIOS EN DONDE EL ASEGURADO EJERCE Y/O DESARROLLA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
B. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVA A CABO EL ASEGURADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD EN LAS INSTALACIONES QUE APARECEN DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.
C. LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL SOLIDARIA QUE RECAE SOBRE EL ASEGURADO EN FORMA DIRECTA POR DAÑOS CAUSADOS POR LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS A SU SERVICIO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CUALES FUERON CONTRATADOS. PARA TAL FIN LA COBERTURA DESCRITA EN ESTE NUMERAL, OPERARA EN EXCESO DE LAS POLIZAS QUE CADA CONTRATISTA Y/O SUBCONTRATISTA DEBE TENER CONTRATADAS.

2.4GASTOS DE DEFENSA
SEGURESTADO INDEMNIZARA AL ASEGURADO LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA, QUE INCLUYEN LAS COSTAS, LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y EXPENSAS NECESARIAS, HASTA POR EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN JUSTIFICADOS Y RAZONABLES; Y HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL O PLEITO EN SU CONTRA Y EN LA QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RECLAMACION QUE PUEDA CONSTITUIRSE EN UNA PERDIDA DEMOSTRADA BAJO LOS TERMINOS DE ESTE SEGURO.
LOS GASTOS DE DEFENSA SERAN RECONOCIDOS SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE DEMANDA O SE RECLAMA HAYAN OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS EN DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD AMPARADA BAJO LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA.
SEGURESTADO RECONOCERA COMO HONORARIOS PROFESIONALES LOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA, PREVIA APLICACION DEL DEDUCIBLE EN LA CARATULA DE LA MISMA.

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2188977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

EN LOS PROCESOS PENALES Y DEL TRIBUNAL DE ETICA MEDICA LOS COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO SE PAGARAN POR REEMBOLSO POR SEGURESTADO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO SEA DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL SEA SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

S E C C I O N II

EXCLUSIONES

BAJO ESTE CONTRATO SEGURESTADO NO SERA RESPONSABLE DEL PAGO POR COSTOS Y/O PERJUICIOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE O GENERADOS DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA POR:

1.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE DICHOS DAÑOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN EVENTO ADVERSO PROVOCADO POR UN ACTO MEDICO NO DESEADO, ORGANISMOS PATOGENOS Y/O FACTOR HEREDITARIO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUES DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCION HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.DAÑOS Y/O PERJUICIOS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION DE LA SALUD CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA, DE ACTOS MEDICOS PROHIBIDOS POR LA LEY O QUE SE PRESTEN SIN LA AUTORIZACION DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

3.RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAL DE LA SALUD, QUE NO TENGA UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO.

4.PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE EN COLOMBIA.

5.PERJUICIOS CAUSADOS EN EL EJERCICIO DE UNA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA SALUD POR PERSONAL DE LA SALUD BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS ALCOHOLICAS, TOXICAS O NARCOTICAS.

6.PERJUICIOS CAUSADOS CON APARATOS, EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS QUE NO CUENTAN CON APROBACION Y REGISTRO DE LA ENTIDAD DE VIGILANCIA Y CONTROL -INVIMA- Y QUE NO TENGAN RECONOCIMIENTO POR LA CIENCIA MEDICA (SOCIEDADES CIENTIFICAS). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

7.PERJUICIOS CAUSADOS POR INTERVENCIONES Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS NO RECONOCIDOS POR LAS DIFERENTES SOCIEDADES CIENTIFICAS Y QUE NO ESTEN INCLUIDOS EN FORMA EXPRESA EN LA CLASIFICACION UNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD VIGENTE -CUPS- (RESOLUCION 5171 DE 2017 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL Y LAS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN). EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCION EN TALES CASOS.

8.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TIPO ESTETICO O COSMETICO, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES O CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS, SIEMPRE QUE SEA REALIZADA POR UN ESPECIALISTA.

9.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MEDICOS DE FERTILIDAD HUMANA, QUE SUSTITUYEN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCION (FACILITAN EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACION ARTIFICAL O FECUNDACION IN VITRO.

10.RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

PARA EL CASO ESPECIFICO DEL ABORTO (INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACION LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL, COMO:

I-CUANDO LA CONTINUACION DEL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

II-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA, CERTIFICADA POR UN MEDICO.

III-CUANDO EL EMBARAZO SEA EL RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS, O DE INCESTO.

11.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR EMISION DE DICTAMENES PERICIALES Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESION O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EN ACTIVIDADES DE LA SALUD.

12.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LA INFECCION CON VIRUS TIPO VIH (SIDA) Y/O VIRUS HEPATITIS, O CUALQUIERA DE SUS DERIVADOS O VARIEDADES MUTANTES.

13.SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARIZANTES, TALES COMO MULTAS O PENALIDADES IMPUESTAS POR UN JUEZ O SANCIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO.

14.PERJUICIOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES, AUXILIARES O CIENTIFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE, COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RADIACION IONIZANTE O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO DE ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.

EN TODO CASO, NO TIENEN COBERTURA LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER PERSONAL DE LA SALUD AMPARADO BAJO ESTA POLIZA.

ESTA EXCLUSION NO APLICA CUANDO EL PROFESIONAL DE LA SALUD AFECTADO ESTUVIERE EN CONDICION DE PACIENTE.

15.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES, QUE NO PROVENGAN DE UNA DEFENSA JUDICIAL AMPARADA POR ESTA POLIZA.

16.RECLAMACIONES POR PERJUICIOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, CUANDO ESTA NO FUERE APLICADA POR UN ESPECIALISTA Y EN UNA INSTITUCION DE SALUD ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

17.RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS JUDICIALES DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE.

18.TODA RESPONSABILIDAD COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION AL PACIENTE. SALVO LO SEÑALADO EN EL ARTICULO 7 DE LA LEY 23 DE 1981 Y LAS QUE LA MODIFIQUEN, QUE DICE: CUANDO NO SE TRATE DE CASOS DE URGENCIA, EL MEDICO PODRA EXCUSARSE DE ASISTIR A UN ENFERMO O INTERRUMPIR LA PRESTACION DE SUS SERVICIOS, EN RAZON DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS:

A.QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD?

B.QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCION DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA?

C.QUE EL ENFERMO REHUSE CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS,

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

CASO EN EL CUAL SEGURESTADO, SIN QUE SE ENTIENDA COMO ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD Y COBERTURA POR EL AMPARO BASICO, RESPALDARA AL ASEGURADO UNICAMENTE EN LA EXTENSION DE COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA HASTA EL LIMITE PACTADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA Y CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES, SIEMPRE QUE SE ENCUENTRE DOCUMENTADO EN LA HISTORIA CLINICA Y CORRESPONDA A OMISIONES O ACTUACIONES DERIVADAS DE SU ACTIVIDAD.
19.RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS FARMACEUTICOS, O RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS.
20.VIOLACION DEL SECRETO PROFESIONAL.
21.PERDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS, YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
22.CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE SURJA DEL INCUMPLIMIENTO DE ALGUN CONVENIO VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE EXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MEDICO, QUIRURGICO O TERAPEUTICO. ASI, COMO DEL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDIO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MAS ALLA DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO.
23.ACTOS MEDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE POLIZA QUE LLEVEN A UNA RECLAMACION QUE PRETENDA AFECTAR LA COBERTURA DE LA MISMA.
24.PROCESAMIENTO DE HEMODERIVADOS, PLASMA TOTAL O FACTORES SANGUINEOS EN BANCOS DE SANGRE QUE SEAN EXTRA INSTITUCIONALES Y QUE OPEREN EN FORMA INDEPENDIENTE DE UN HOSPITAL O CLINICA DEL ASEGURADO.
25.LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES A PACIENTES Y/O TERCEROS, POR EL ASEGURADO Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO DURANTE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS DE LA SALUD, CUANDO EL PERSONAL ASEGURADO Y/O EL ASEGURADO SABE O DEBERIA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD.
26.ACTOS MEDICOS INDIRECTOS, Y DE LOS NOMINADOS EXTRACORPOREOS, TALES COMO INVESTIGACION, EXPERIMENTACION, AUTOPSIA, ETC.
27.ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O CARACTERISTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
28.FILTRACIONES CONTAMINANTES, RESIDUOS PATOLOGICOS, ASI COMO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECIFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLOGICOS.
29.ORGANISMOS PATOGENICOS.
30.RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES; LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHICULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AEREOS, TERRESTRES O ACUATICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASI COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHICULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
31.ATENCION O TRATAMIENTO DOMICILIARIO, SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN CASA (SHEC) Y PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (PHD).
32.POR DAÑOS A BIENES MUEBLES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO O DAÑOS A AERONAVES, TRENES, FERROCARRILES, EMBARCACIONES MARITIMAS O FLUVIALES.
33.MALA FE Y/O DOLO DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.
34.RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, PRACTICAS LABORALES INCORRECTAS O DE CUALQUIER OBLIGACION DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES DE SALUD OCUPACIONAL O NORMATIVIDAD DE TIPO LABORAL SOBRE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL, COMPENSACION PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL SEMEJANTE, SEA PUBLICA O PRIVADA.
35.RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
36.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
I-GUERRA, INVASION, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES, ACCIONES Y OPERACIONES BELICAS (CON O SIN DECLARACION O ESTADO DE GUERRA), GUERRA CIVIL, HUELGA, PAROS PATRONALES, MOTIN, CONMOCION CIVIL O ALBOROTOS POPULARES QUE REVELEN EL CARACTER DE O COMO CONSECUENCIA DE SONADA, SUBLEVACION MILITAR, INSURRECCION, REBELION, REVOLUCION, CONSPIRACION, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS Y OTROS HECHOS O DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD INTERIOR O EXTERIOR DEL PAIS, AUNQUE NO SEAN A MANO ARMADA, PODER MILITAR O USURPADO. CONFISCACION, REQUISA, NACIONALIZACION O DETENCION POR CUALQUIER PODER CIVIL O MILITAR LEGITIMO O USURPADO, DESTRUCCION DAÑOS A LOS BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O DE CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL, ESTATAL O MUNICIPAL O ACTIVIDADES POR ORDEN DE CUALQUIER INDIVIDUO O PERSONAS QUE ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO O EN CONEXION CON CUALQUIER GRUPO U ORGANIZACION CUYO OBJETO SEA EL DERROCAMIENTO DEL GOBIERNO DE JURE O DE FACTO O PRESION SOBRE EL GOBIERNO POR TERRORISMO U OTROS MEDIOS VIOLENTOS.
II-CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESION, ESTRAGO O INTERRUPCION O COMISION DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONOMICOS, ETNICOS, NACIONALISTAS, POLITICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SEAN DECLARADOS O NO.
37.CUALQUIER ACTO, ERROR, OMISION U OBLIGACION QUE INVOLUCRE ASBESTO, SU USO, EXPOSICION, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCION, REMOCION, ELIMINACION EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCION O ESTRUCTURA.
38.TODA RESPONSABILIDAD SEA CUAL FUERE SU NATURALEZA, QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE PRODUZCA POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O COMO CONSECUENCIA DE LAS MISMAS O CUYA EXISTENCIA O CREACION HAYAN CONTRIBUIDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE:

I-LA ACCION DE ENERGIA ATOMICA.
II-RADIACIONES IONIZANTES, O CONTAMINACION POR RADIOACTIVIDAD PRODUCIDA POR CUALQUIER COMBUSTIBLE NUCLEAR O POR CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCTO DE LA COMBUSTION DE MATERIAL NUCLEAR. EXPLOSION, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACION DE NUCLEOS DE ATOMOS DE RADIOACTIVIDAD.
III-LA RADIOACTIVIDAD, TOXICIDAD Y OTRAS PROPIEDADES PELIGROSAS DE CUALQUIER ARTEFACTO NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTES NUCLEARES. ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCION O PETICION PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.
39.ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A ACTOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO EN SU CARACTER DE FUNCIONARIOS O SERVIDORES PUBLICOS SEGUN LO DEFINE LA LEY CORRESPONDIENTE.

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

40.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS.
41.LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PUBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELEFONO.
42.EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLOGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCION VOLCANICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACION ATMOSFERICA O DE LA NATURALEZA, ASI COMO TAMBIEN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCION PAULATINA DE GASES, VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESECHOS COMO HUMO, HOLLIN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO HUNDIMIENTO DEL TERRENO Y SUS MEJORAS, COMO CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
43.ACTUACIONES MEDIANTE LAS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
44.LA CONTAMINACION DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACION POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SUBITO E IMPREVISTO.
45.EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASI COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
46.CARGUE O DESCARGUE DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO, DESCRITOS EN LA POLIZA.
47.OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL ASEGURADO EN VIRTUD DE CONTRATOS (RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL). ASI COMO LA INOBSERVANCIA O VIOLACION DE DISPOSICIONES LEGALES O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.
48.HURTO, FALSIFICACION, ABUSO DE CONFIANZA Y EN GENERAL, CUALQUIER ACTO DE APROPIACION INDEBIDA DE TERCEROS Y/O EMPLEADOS DEL ASEGURADO.
49.RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
50.AUSENCIA NO JUSTIFICADA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO A QUE TIENE DERECHO TODO PACIENTE CAPAZ, ANTES DE SER INTERVENIDO O SOMETIDO A UN PROCEDIMIENTO MEDICO
51.SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION POR PERJUICIOS A PACIENTES Y/O TERCEROS POR EL USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS CUANDO NO SE HAYAN REALIZADO LOS MANTENIMIENTOS A LOS MISMOS, DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE DEL EQUIPO.
52.CASOS EN LOS QUE EL PACIENTE DECIDA NO CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO, EN LOS CUALES DEBE FIRMAR EL DISENTIMIENTO INFORMADO.

S E C C I O N III

DEFINICIONES GENERALES

Bajo este contrato de seguros se entendera por cada uno de los terminos relacionados a continuacion, lo siguiente:

1.ACTOS MEDICOS: Conjunto de procedimientos clinicos profesionales prestados a pacientes por el asegurado y/o sus empleados en calidad de profesionales, tecnicos y/o auxiliares para las areas de la salud debidamente autorizados conforme a la leyes aplicables y especificados en la caratula de la poliza y/o anexos y mediante los cuales se trata de obtener la curacion o alivio del paciente. Ellos pueden ser de tipo preventivos, de promocion de la salud, diagnosticos, terapeuticos o de rehabilitacion.
Se entienden por estos: consulta medica, diagnostico, prescripcion, servicios de laboratorio, recomendacion terapeutica, administracion de medicamentos, procedimientos quirurgicos, emision de documentos medicos, historia clinica, rehabilitacion y demas procedimientos medicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un paciente.

2.ACTOS ERRONEOS: Cualquier acto medico real o supuesto, error, omision o incumplimiento negligente relacionado con los servicios profesionales y/o asistenciales de la salud prestados por el asegurado y por el personal a su servicio y que, conforme a la ley, generan responsabilidad civil del mismo y en consecuencia llevan a una reclamacion efectuada por el paciente afectado o tercero afectado o sus causahabientes sobre el procedimiento realizado por el asegurado.

3.ASEGURADO: La empresa de la salud (centros medicos, consultorios, clinicas, hospitales y laboratorios) constituida como persona juridica de derecho publico, privado o mixto, titular del interes asegurable objeto del presente contrato de seguro, debidamente nombrada como tal en la caratula de la polisa, y el personal al servicio del asegurado declarado en el formulario de solicitud de seguro.

4.DEDUCIBLE: Es el monto o porcentaje del daño indemnizable determinado en la caratula de la poliza para cada amparo/cobertura, previamente convenido con el tomador, que invariablemente se deduce de la indemnizacion y siempre queda a cargo del asegurado o del beneficiario.
Si como consecuencia de un solo siniestro se llegaren a afectar varias de las coberturas de los amparos contratados por el tomador, el deducible estipulado en la caratula de la poliza se aplicara para cada amparo por separado.

5.SINIESTRO: Para los efectos de este seguro, se entiende por siniestro el acto erroneo por el cual se imputa responsabilidad civil profesional al asegurado, acaecido en forma accidental, subita e imprevista que haya causado un daño material, lesion personal y/o muerte generador de perjuicios patrimoniales y/o extrapatrimoniales, ocurrido durante la vigencia de la poliza y cuyas consecuencias juridicas sean reclamadas al asegurado, por via judicial o extrajudicial durante la vigencia de la poliza o mas tardar dentro del periodo de prescripcion que tiene el tercero afectado frente al asegurado de acuerdo con lo establecido en la legislacion colombiana.
Respecto de la accion directa que tiene el tercero afectado frente a SEGURESTADO la prescripcion correra de acuerdo con lo establecido en el codigo de comercio colombiano.
Asi mismo, la serie de actos erroneos que son o estan temporal, logica o causalmente relacionados por cualquier hecho, circunstancia, situacion o evento, se consideraran parte de un mismo siniestro y constituiran un solo y unico daño y/o costo sin importar el numero de reclamantes y/o reclamaciones formuladas. La responsabilidad maxima de SEGURESTADO por dicho daño y/o costos, no excedera el limite de responsabilidad por evento / vigencia establecido en las condiciones particulares y/o en la caratula de la polisa.

6.PACIENTE: Es la persona natural que ingresa a la institucion asegurada para recibir asistencia medica y resulta afectada por el hecho de responsabilidad civil profesional imputable al asegurado de acuerdo con la ley y a las condiciones generales de la poliza, siempre que sea con ocasion a dicha asistencia medica.

7.TERCERO AFECTADO: Es la persona natural o juridica que resulta afectada por un hecho de responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado de acuerdo con la ley, por eventos amparados bajo la presente poliza.
Para los efectos de este contrato de seguros, NO se consideran terceros a:

Oficina Principal: CALLE 83 NO 19-10 Telefono: 601-2186977, 601-6016030

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

A.El conyuge, compañero permanente y los parientes de los funcionarios al servicio del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y/o primero de afinidad, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes de la institucion asegurada.
B.Las personas vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestacion de servicios, salvo que se encuentren siendo atendidos como pacientes de la institucion asegurada.
6.VALOR ASEGURADO O SUMA ASEGURADA: Es la suma de dinero señalada en la caratula de la poliza y que corresponde a la maxima responsabilidad de SEGURESTADO en caso de un evento amparado a la luz de este contrato de seguro, luego de aplicar el deducible por cada siniestro que pueda ocurrir durante la vigencia de la poliza.
SEGURESTADO no estara obligado, en ningun caso, a pagar daños y/o costos que excedan el limite agregado de responsabilidad aplicable. una vez este haya sido agotado por el pago de daños y/o costos.
Los sublimites indicados en algunos amparos o coberturas bajo las condiciones del presente contrato de seguro se deben entender incluidos dentro del limite de valor asegurado para la cobertura basica y por lo tanto no incrementan la responsabilidad de SEGURESTADO, a menos que se indique lo contrario mediante condicion particular en la caratula de la poliza.
9.VIGENCIA DEL SEGURO: Es el periodo de cobertura comprendido entre las fechas de inicio y terminacion que aparecen señaladas en la caratula de la poliza, durante las cuales el asegurado realiza las actividades relacionadas con su profesion medica asegurada y entre las cuales debe ocurrir el acto medico o hecho dañoso por el cual se imputa la responsabilidad al asegurado.
10.CONSENTIMIENTO INFORMADO: Hace referencia al procedimiento mediante el cual el medico comunica e informa a su paciente las diversas opciones y alternativas para el diagnostico, evolucion y tratamiento de la enfermedad, advirtiendole los riesgos inherentes a los procedimientos, asi como los beneficios que se deriven. en forma clara para que le permitan tomar una decision racional. Este procedimiento es la autorizacion autonoma de una intervencion medica de cada paciente capaz en particular. El consentimiento debe ser libre, autonomo, informado, constante y cualificado, del cual debe quedar constancia expresa.
El asegurado quedara exonerado de advertir los riesgos en los siguientes casos:
I-Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.
II-Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento medico.

El medico dejara constancia en la historia clinica del consentimiento informado o de la imposibilidad de hacerlo.
11.DISENTIMIENTO INFORMADO: Es el documento donde se expresa la negacion por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realizacion de procedimientos clinicos, terapeuticos que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.
12.EMPRESA DE LA SALUD: Es la persona juridica asegurada en la poliza, que puedan ser Centros Medicos, Consultorios, Clinicas, Hospitales, Laboratorios, entre otros aquellos donde se prestan servicios profesionales del area de la salud, debidamente autorizados para ello, de acuerdo con la legislacion colombiana.
13.PERJUICIOS PATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios patrimoniales el daño emergente y el lucro cesante del paciente, tercero afectado y/o sus causahabientes que sea reclamado a SEGURESTADO con ocasion a un evento amparado en la poliza.
14.PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: Se entiende por perjuicios extrapatrimoniales el daño moral, daño a la vida en relacion, daño fisiologico y/o a la salud, reclamado a SEGURESTADO con ocasion a un evento amparado en la poliza, que se reconocera siempre que se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.
15.PERSONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO: personal medico, odontologico, paramedico, auxiliar, farmaceutico, bacteriologo, microbiologo, enfermeria o asimilados, vinculadas mediante contrato laboral con el asegurado o vinculadas con contrato de aprendizaje y/o prestacion de servicios.
S E C C I O N IV
OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO
1.CONSERVACION DEL ESTADO DEL RIESGO - NOTIFICACION DE SUS CAMBIOS
El asegurado o el tomador, segun sea el caso estan obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberan notificar por escrito a SEGURESTADO los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan a dicha celebracion y que signifiquen un cambio en el estado del riesgo.
La notificacion a SEGURESTADO debera hacerse por escrito, con antelacion no menor de diez (10) dias habiles a la fecha en que se dara la modificacion del riesgo, si esta depende del arbitrio del tomador o del asegurado. Si le es extraña, tal notificacion se debera realizar dentro de los diez (10) dias habiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de la modificacion. Se presume el conocimiento por parte del tomador o del asegurado, transcurridos treinta (30) dias habiles desde el momento de la modificacion.
Una vez notificada la modificacion del riesgo en los terminos arriba expuestos, SEGURESTADO podra revocar el contrato de seguro o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima o en las condiciones del contrato.
La falta de notificacion oportuna a SEGURESTADO segun los terminos antes indicados produce la terminacion de este contrato.
2.PAGO DE LA PRIMA - TERMINACION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA
El tomador del seguro esta obligado a pagar la prima. Salvo disposicion contractual en contrario, debera hacerlo a mas tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la poliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.
La mora en el pago de la prima de la poliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, produciran la terminacion automatica del contrato y dara derecho a SEGURESTADO para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasion de la expedicion del contrato.
3.OBLIGACIONES DEL ASEGURADO/TERCERO AFECTADO EN CASO DE SINIESTRO

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	65-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

A.Cuando ocurra un siniestro que pueda dar lugar a una reclamacion por la presente poliza, el asegurado estara obligado a evitar su extension y propagacion y a proveer el salvamento de las cosas aseguradas. Si se incumpliere esta obligacion, SEGURESTADO podra deducir de la indemnizacion, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.
B.El asegurado o el beneficiario estan obligados a dar aviso de SEGURESTADO de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres (3) dias habiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Si se incumpliere esta obligacion, SEGURESTADO solo podra deducir de la indemnizacion, el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.
C.Declarar a SEGURESTADO, al dar la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicacion del asegurador y de los valores asegurados.
D.Le corresponde al asegurado - beneficiario acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantia de la perdida para lo cual goza de libertad probatoria. En tal sentido, el asegurado - beneficiario acompañara las pruebas pertinentes tales como dictamenes medicos, historias clinicas, facturas, entre otros, y comunicara por escrito a SEGURESTADO todos los detalles y hechos que demuestren plenamente la responsabilidad civil del asegurado, la ocurrencia del siniestro y la cuantia de los perjuicios causados, asi como la relacion de causalidad con la prestacion del servicio.
E.La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamacion o comprobacion del derecho al pago de determinado siniestro, causara la perdida de tal derecho.
4.CONSENTIMIENTO
Dada la naturaleza de este seguro, el asegurado no podra admitir su responsabilidad, ni realizar acuerdos de conciliacion tendientes a la afectacion de la poliza sin el consentimiento escrito de SEGURESTADO, quien tendra derecho en cualquier momento a intervenir en el manejo de la defensa o liquidacion del reclamo, si SEGURESTADO, asi lo considere conveniente.
Si el asegurado se rehusara injustificadamente a prestar su consentimiento en relacion con un acuerdo sugerido por SEGURESTADO, la responsabilidad de SEGURESTADO no excedera en tal caso el monto a cargo previsto en dicho acuerdo, incluyendo los costos incurridos desde el momento en que SEGURESTADO solicito el consentimiento del asegurado hasta la fecha de rechazo.
S E C C I O N V
CONDICIONES VARIAS
1.DERECHOS Y DEBERES DE SEGURESTADO EN CASO DE SINIESTRO:
Cuando ocurra un evento, cubierto por esta poliza SEGURESTADO podra:
A.Inspeccionar los edificios, locales o predios en los que ocurrio el siniestro.
B.Colaborar con el asegurado para evaluar medica y economicamente los perjuicios efectivamente causados y para determinar la causa y consecuencias de los mismos para la cual, SEGURESTADO se reserva el derecho de examinar la victima, ingresar a los predios mencionados en la caratula de la poliza, examinar los libros, historias clinicas y demas documentos del asegurado relacionados con el reclamo o siniestro.
C.Las facultades conferidas a SEGURESTADO por la presente condicion podran ser ejercidas en cualquier momento hasta tanto el asegurado o la victima la comuniquen por escrito que renuncian y/o desisten de la reclamacion presentada judicial o extrajudicialmente.
2.REDUCCION DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE LA INDEMNIZACION
El valor asegurado se entendera reducido, desde el momento de ocurrencia del siniestro en el importe de la indemnizacion pagada por SEGURESTADO.
3.GARANTIAS - DEFINICION Y EFECTOS
Se entiende por garantia, la promesa inequivoca, en virtud de la cual el tomador o el asegurado se obligan a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia, o mediante la cual afirma o niega la existencia de determinada situacion de hecho.
La garantia debera constar en la poliza por escrito o en documentos accesorios a ella, y debe expresar el compromiso claro que adquiere el tomador o el asegurado.
En caso de no cumplirse la garantia, sea o no sustancial respecto del riesgo, el contrato de seguro sera anulable. Cuando la garantia se refiere a un hecho posterior a la celebracion del contrato, SEGURESTADO podra darlo por terminado desde el momento de la infraccion u oponer el incumplimiento de la misma.
4.REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO
El seguro otorgado por la presente poliza podra ser revocado, en los siguientes casos:
A.Por SEGURESTADO mediante comunicacion escrita al asegurado, enviada a su ultima direccion conocida, con no menos diez (10) dias habiles de antelacion, contados a partir de la fecha de envio. La revocacion dara derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada.
B.Por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a SEGURESTADO. El importe de la prima devengada y de la devolucion se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
5.FORMULARIO DE SOLICITUD
Para emitir esta poliza SEGURESTADO, se ha basado en la informacion y declaraciones contenidas en el formulario de conocimiento del cliente, cuestionarios complementarios, estados financieros y demas informacion exigida para la suscripcion y sometidos a la consideracion de SEGURESTADO. Dichas declaraciones son la base de la aceptacion del riesgo y de los terminos y condiciones de esta poliza, por lo tanto, se consideran como parte integrante de la misma.
6.DELIMITACION TERRITORIAL
El presente seguro se refiere unica y exclusivamente a actividades realizadas en el territorio colombiano, bajo la legislacion y jurisdiccion colombiana.
7.SUBROGACION
SEGURESTADO, una vez efectuados cualesquiera de las indemnizaciones previstas en esta poliza, se reserva el derecho a la subrogacion hasta el limite de tal o tales pagos y podra ejercer los derechos y las acciones que por razon del siniestro correspondieran al tomador/asegurado. Este prestara toda la colaboracion que sea precisa para la efectividad de la subrogacion, incluyendo la formalizacion de los documentos que fuesen necesarios para dotar a SEGURESTADO de legitimacion activa para demandar judicialmente.
Asi mismo, SEGURESTADO se reserva el derecho de repeticion contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, esten o no en relacion de dependancia con el asegurado.

SEGUROS DEL ESTADO

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

NIT. 860.009.578-6

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008523	0

TOMADOR	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARAL	TELEFONO	8485378
ASEGURADO	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			NIT	891.480.036-6
DIRECCION	CARRERA 13 Y 14 CALLE 29 Y 30	CIUDAD	SANTA ROSA DE CABAL, RISARALD	TELEFONO	8485378
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY			SI	

CLAUSULAS Y GARANTIAS

Al asegurado le esta prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnizacion.
Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta poliza, si el asegurado actuo de mala fe o con dolo, debera restituir los costos y/o gastos legales que SEGURESTADO hubiere pagado de manera anticipada, asi como tambien perdera el derecho a la indamnizacion.
8.NOTIFICACIONES
Cualquier declaracion o modificacion que deban hacer las partes en relacion con el presente contrato, debera realizarse por escrito y ser enviada a la ultima diraccion suministrada por ellas.

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

N° GS - 2024 - 002796 **/ RASES - JEFAT 29.25**

Pereira, 16 de febrero de 2024

Subintendente **LUIS GABRIEL PEREZ BARRETO**
Supervisor del Contrato Nro. **86-5-20077-23**

Asunto: Notificación Inicio **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23**

Cordialmente me permito informar que fueron perfeccionados los tramites y se puede dar inicio a la **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23** que tiene como objeto el **"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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA"**, quedando de la siguiente manera:

VALOR ADICIÓN	**CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024.
VALOR TOTAL	**CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000)** distribuidos de la siguiente manera: **CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000)**, para la vigencia 2023 **SETENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($77.000.000)** para la vigencia 2024
PRORROGA Y PLAZO TOTAL	**Tres (03) meses**, contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024. Así las cosas, el plazo de ejecución en total es de: QUINCE (15) meses y SIETE (07) días.

En consecuencia, a partir de la fecha del presente oficio se puede dar continuidad con cumplimiento del objeto contractual, teniendo en cuenta las clausúlalas estipuladas en la **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23**.

Atentamente,

Mayor ***RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA***
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 3

Elaborado: CPS LUIS MIGUEL GARCIA RENDON
Abogado Grupo Contratos.

Revisado por: SI YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Jefe Grupo de Contratos RASES No.3
Ubicación: C:\Users\Documentos/Modifiación 2023

Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 ext.8305
deris.rase3-gcon@policía.gov.co
www.policia.gov.co

Humana
INFORMACION PUBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.3

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

N° GS - 2024 - 002744 / RASES - JEFAT 29.25

Pereira, 16 de febrero de 2024

SEÑORES
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA
NIT: 891480036-6
REPRESENTANTE LEGAL: JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ
DOC. IDENTIDAD: C.C. Nro. 4.391.242 expedida en Belen de Umbria Risaralda
DIRECCIÓN: Carrera 14 entre Calles 29 y 30, Santa Rosa de Cabal, Risaralda
TELEFONO: 315534266
E-MAIL: contabilidad@hospisantarosadecabal.gov.co

Asunto: Notificación Inicio **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23**

Cordialmente me permito informar que fueron perfeccionados los tramites y se puede dar inicio a la **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23** que tiene como objeto el **"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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA"**, quedando de la siguiente manera:

VALOR ADICIÓN	**CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000),** vigencia 2024.
VALOR TOTAL	**CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000)** distribuidos de la siguiente manera: **CIENTO TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($103.000.000),** para la vigencia 2023 **SETENTA Y SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE ($77.000.000)** para la vigencia 2024
PRORROGA Y PLAZO TOTAL	**Tres (03) meses,** contados a partir del 01/06/2024 al 31/08/2024. Así las cosas, el plazo de ejecución en total es de: QUINCE (15) meses y SIETE (07) días.

En consecuencia, a partir de la fecha del presente oficio se puede dar continuidad con cumplimiento del objeto contractual, teniendo en cuenta las clausúlalas estipuladas en la **ADICION 02 Y PRORROGA 02 AL CONTRATO N° 86-5-20077-23.**

Atentamente,

Mayor **RUBEN ALBEIRO ARBOLEDA ALDANA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 3

Elaborado: CPS LUIS MIGUEL GARCIA RENDON
Abogado Grupo Contratos.

Revisado por: SI YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Jefe Grupo de Contratos RASES No.3
Ubicación: C:\Users\Documento\Modificación 2023

Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 ext.8305
deris.rase3-gcon@policía.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACION PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Nro.GS-2024- 002468 **RASES 3 – GRUCO 12.2**

Pereira, 14 de febrero de 2024

Señor Subintendente.
JHONIDER BETANCUR VARELA
Jefe de Presupuesto RASES No.3
Calle 94 av villa olímpica frente Expofuturo
Pereira.

cdp. 21524
RP 289

ASUNTO: Solicitud Registro Presupuestal.

Respetuosamente me permito solicitar a esa Jefatura, se sirva expedir el Registro Presupuestal para la Adición 02 y Prórroga 02 del contrato Nro. **86-5-20077-23**:

Contrato No.	**86-5-20077-23**	Fecha del contrato:	04/04/2024
C.D.P.	**SIIF Nro. 26023 del 17/03/2023 y QUIPU 307 del 17/03/2023, vigencia 2023.**	Contratante:	La Nación - Policía Nacional – Regional De Aseguramiento En Salud
Contratista:	**E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA**	NIT:	**891480036-6**
Plazo de ejecución del contrato:		El plazo de ejecución del contrato será a partir de la firma del contrato, aprobación de la garantía única, expedición del registro presupuestal y la carta de inicio y hasta el 31 de 08 de 2024.	
Objeto del contrato:	**"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 DEL DEPARTAMENTO DE QUINDÍO (CIRCASIA, MONTENEGRO, QUIMBAYA Y CAICEDONIA), DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS (ANSERMA, RIOSUCIO Y VITERBO), Y DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA (SANTA ROSA DE CABAL, GUÁTICA, APIA Y MARSELLA) PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3, GRUPO 7 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA".**		
Cuenta Bancaria - Tipo-Banco	**BANCO**: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA **TIPO DE CUENTA:** CORRIENTE **NUMERO DE CUENTA:** 127569997894 **BANCO:** DAVIVIENDA		
Vr. Registro:	**CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($48.000.000)**para la vigencia 2024.		

Atentamente;

Capitán **MARIA DEL PILAR GARZÓN RUEDA**
Jefe Logística y Financiera

Elaborado por: CPS Luis Miguel García Rendón.

Revisado por: **SI YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO**
JEFE GRUPO CONTRATOS RASES NRO. 3

Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 ext.8305
deris.upres-guc@policía.gov.co

Humana

INFORMACION PÚBLICA

SIIF Nación

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHczamudio	CESAR AUGUSTO ZAMUDIO RENDON
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	16-01-02-040	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3
Fecha y Hora Sistema:	5/02/2024 12:00:00 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "ítems de afectación de gastos"

Numero:	21324	Fecha Registro:	2024-02-05	Unidad / Subunidad ejecutora:	16-01-02-040 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 3						
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo:	Gasto			Uso Caja Menor	Ninguno	
Valor Inicial:	48.000.000,00	Valor Total Operaciones:		0,00	Valor Actual.:	48.000.000,00	Saldo x Comprometer:	48.000.000,00	Vr. Bloqueado	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	21124	Fecha Registro:	2024-02-01	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO/ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
O40 ATENCION SALUD	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	48.000.000,00	0,00	48.000.000,00	48.000.000,00	0,00

Objeto:	PAA 27 DEL 30/01/2024 SERVICIOS HOPITALARIOS DE BAJA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD -SANTA ROSA DE CABAL AD 002CTO 86-5-20077-23 SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA

Firma Responsable

320 306 2734
CT

298

Pá

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N. 3

Nit: 900339410

05/02/2024 13:07:05
V. 5000

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL Numero: 228

EL JEFE DE LA : PRESUPUESTO

C E R T I F I C A :

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE *** $48,000,000.00 para amparar el compromiso que se pretende realizar como se determina a continuación:

Por Concepto de: PAA 27 DEL 30/01/2024 SERVICIOS HOPITALARIOS DE BAJA DE MEDIANA YALTA COMPLEJIDAD -SANTA ROSA DE CABAL AD 002CTO6-5-20077-23 SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA

Estado: **AUTORIZADO**

Area Solicitante: ATENCION EN SALUD SECC RISARALDA

Nombre Solicitante: CTMARIA GARZON

Fecha Solicitud: 05/02/2024

Observaciones: ..

Proyecto:

AREA		IMPUTACION PRESUPUESTAL									DESCRIPCION	VIGENCIA	VALOR
		Tpo	Cla	Cta	Scta	Obg	Ord	Sord	Aux	Recu			
01524400	ATENCION EN SALUD SECC RISARALDA	0	2	020	200	9				16	SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES*	2024	$48,000,000.00
											TOTAL		$48,000,000.00

Expedido a los 05 dias del mes de Febrero de 2024 en la ciudad de PEREIRA

CESAR AUGUSTO ZAMUDIO RENDON
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO