UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

EL SUSCRITO JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3 DE LA POLICÍA NACIONAL, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE ORDEN INTERNA NRO. 117 DEL 27 DE AGOSTO DE 2024 Y LA RESOLUCIÓN NRO. 0579 DEL 28 DE FEBRERO DE 2024 Y EN DESARROLLO A LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y EL DECRETO 1082 DE 2015 REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: 86-5-20234-24

CONTRATISTA: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL RISARALDA **NIT:** 891.480.036-6

OBJETO: "*LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, DE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3*".

VALOR DEL CONTRATO: CIENTO SESENTA MILLONES PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($160.000.000,00)

COMPAÑÍA ASEGURADORA: SEGUROS DEL ESTADO NIT. 860.009.578-6
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES: 55-03-101008524 Anexo: 0 expedida el 30/01/2024.

AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
		DESDE	HASTA
Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales	$ 2.500.000.000,00	30/01/2024	31/01/2025

Se aprueba de manera parcial la Póliza en mención, ya que la cobertura esta hasta el 31/01/2025. La entidad se compromete renovar la póliza con el fin de cubrir el plazo de ejecución del contrato, es decir hasta el 30/06/2025, incluyendo sus prorrogas si a ello hubiere lugar.

Para constancia se firma en Pereira a los 06 OCT 2024

Mayor **SAIRA YULIETH SEPULVEDA FLÓREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3

Elaboró: CPS. Jhon Alexander Martínez Rojas
Funcionario Grupo de Contratos

Revisó: CPS Nelson Raúl Figueroa Peñaloza
Asesor Jurídico Grupo Contratos

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

INFORMACIÓN PÚBLICA

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTD	153838	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

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

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

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *****2,500,000,000.00	PRIMA:	$ ********69,192,575.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ********13,146,589.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********82,339,164.00

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 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA 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 5124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D00

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11012106648117(3900)000082339164(96)20250129

REFERENCIA PAGO: 1101210664811-7

55-03-101008524

FIRMA AUTORIZADA
LUCYBENAVIDES

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICION	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	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	% PARTICIPACION
SOLUCIONES EFECTIVAS EN SEGUROS LTDA CLIENTE	153838	100.00	COMPAÑIA	

INFORMACION DEL RIESGO



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:	$ ********69,192,575.00
PLAN DE PAGOS: CONTADO		IVA:	$ ********13,146,589.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ********82,339,164.00

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 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 5124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 07.10.2022.1329.P.06.0000000E.RC.004A.D01

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	



(415) 7709998021187 (8020) 1101210664811 7 (3900) 000082339164 (96) 20250128

REFERENCIA PAGO: 1101210664811-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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 - D001

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

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

OTAL 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 SISTENCIA MDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.	EGURO 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

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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	

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 COPIEDAD, 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 SUBLIMITES 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 VENTO $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 GARTOS 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%
-DEFINICIÓN DE SUBLIMITE
-ARBITRAMENTO CON SEDE EN PEREIRA
-DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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	

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.
-ACEPTACIN 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 AUTONTICAMENTE 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, MIEMBROS 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 BENFICOSOS 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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLAIMS MADE CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101008524	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	

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

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

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

. 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 CUERDO 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.