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. 003 DEL 07 DE ENERO DE 2025 Y LA RESOLUCIÓN 00364 DEL 12/02/2025 QUE MODIFICÓ LA RESOLUCIÓN 00011 DEL 02/01/2025 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: 86-5-20071-25

CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL **NIT:** 890.801.235-0

OBJETO: "*LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE RISARALDA CALDAS, PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3*".

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($5.925.000,00) para la vigencia 2025.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: PREVISORA SEGUROS. NIT 860.002.400-2
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES: 1007494 expedida el 14/05/2025.

AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
		DESDE	HASTA
Responsabilidad Civil Profesional Para Clínicas y Hospitales	$ 500.000.000,00	09/05/2025	20/03/2026

Para constancia se firma en Pereira a los 08 JUN 2025

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIÉRREZ BOTELLO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3

Elaboró: SI. Jesús David Jiménez Chica
Analista de Contratos Rases N° 3

Revisó: CPS Nelson Raúl Figueroa Peñaloza
Asesor Jurídico Grupo Contratos

PÓLIZA N°
1007494

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
14	5	2025	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	403362-HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA	NIT	890.801.235-0
DIRECCIÓN	CRA. 4 NO. 10-39 RISARALD, RISARALDA, CALDAS	TELÉFONO	557011
ASEGURADO	403362-HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA	NIT	890.801.235-0
DIRECCIÓN	CRA. 4 NO. 10-39 RISARALD, RISARALDA, CALDAS	TELÉFONO	557011

EMITIDO EN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
MANIZALES	902	9	14	5	2025	9	5	2025	00:00	20	3	2026	00:00	315

MONEDA	TIPO CAMBIO
Pesos	1.00

CARGAR A: HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA

FORMA DE PAGO: 6. PAGO 90 DIAS -LIC

VALOR ASEGURADO TOTAL: $ 500,000,000.00

Riesgo: 1 -
KR 4 NO. 10-39, RISARALDA, CALDAS

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	500,000,000.00	SI	22,438,356.16
	Deducible: 10.00% TODA Y CADA PERDIDA Mínimo 5.00 SMMLV NINGUNO			
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	500,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	250,000,000.00		
	Deducible: 10.00% TODA Y CADA PERDIDA Mínimo 5.00 SMMLV NINGUNO			
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	60,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	30,000,000.00		
	Deducible: 5.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 1.00 SMMLV NINGUNO			

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA	NIT 8908012350	100.000 %	NO APLICA

RCP-006-10 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS N° 004-2025

Texto Continua en Hojas de Anexos...

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota debito.

PRIMA	$****22,438,356.16
GASTOS	$**********0.00
IVA	$***4,263,287.67
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$**26,701,643.83

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado *tiene participación superior al* 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

14/05/2025 16:07:28

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
3850	3	FACILITADORES EN ADMIN		

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1007494 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

Responsabilidad Civil Profesional Clinicas y Hospitales Valor asegurado

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica y/o hospital general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza. MODALIDAD DE COBERTURA La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.
Predios, labores y operaciones, incluyendo la responsabilidad civil profesional médica en que incurran los estudiantes, auxiliares y docentes descritos en la relación de la póliza relacionada con el desarrollo del hospital y sus funcionarios. Se deben indicar como: ASEGURADO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA ESE BENEFICIARIO: HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE RISARALDA ESE Y/O TERCEROS AFECTADOS
Nota: Se adjunta formulario diligenciado
Limite asegurado actual $500,000,000

Amparos Valor asegurado

Responsabilidad Civil Profesional por evento $200,000,000.00 Siempre y cuando se derive de un acto medico.
Sublimite para Gastos de defensa evento / vigencia $30.000.000 / $60.000.000
Sublimite para Perjuicios extrapatrimoniales evento / vigencia 100% del limite asegurado contratado
Sublimite para Uso de equipos de radriografia con fines de diagnostico evento / vigencia $50.000.000 / $100.000.000

Condiciones Particulares
1. Condiciones técnicas y económicas de los reaseguradores
2. Nombramiento de ajustador
3. Restablecimiento automático del valor asegurado por pago de siniestro, con cobro adicional de prima.
4. Revocación o no renovacion de la póliza 90 días
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Gastos de defensa, cauciones y costas procesales. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: Sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
7. Perjuicios extrapatrimoniales 50% Envento / 100% Vigencia
9. La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación *Claims made*
10. Fecha de retroactividad: Sin interrupciones en la cobertura desde el 1 de enero de 2019
11. Amparo de R.C. Profesional Se cubre la responsabilidad civil del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza como consecuencia de actos negligentes, impericias, errores u omisiones en que llegare a incurrir el personal médico y personal de enfermería y los practicantes vinculados al hospital. En exceso de las pólizas de RC Profesional del personal médico, enfermería y practicantes

Deducibles
Gastos de defensa: 5% min 1 SMMLV
Demás eventos: 10% de toda y cada perdida minimo 5 SMMLV

IDENTIFICACION DEL PAGO

PREVISORA SEGUROS

POLIZA No. 1007494 **CERTIFICADO No.** 0

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo	Sucursal
RESPONSABILIDAD CIVIL	MANIZALES

Valor Prima	Valor IVA	Tomador
$22,438,356.16	$4,263,287.67	403362 - HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
12/08/2025	$**********0.00	$**22,438,356.16	$***4,263,287.67				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Árticulo 1068 " 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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 6. PAGO 90 DIAS -LICITACIONES

PREVISORA SEGUROS

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y HOSPITAL SAN RAFAEL DE RISARALDA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de $ 26,701,643.83, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	12/08/2025	$**********0.00	$**22,438,356.16	$***4,263,287.67					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1007494	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	$*500,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de MANIZALES a los 14 días del mes de MAYO de 2025

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA , para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 automatica del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

COMPROBANTE DE EGRESO

2.1.2.02.02.007.71356
2.1.2.02.02.007.71355
2.1.2.02.02.007.71354
2.1.2.02.02.007.71351

Imputación Pptal:_____ Art. _____ Ordinal _____ COMPROBANTE N°_____

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL
DE RISARALDA - CALDAS
NIT. 890.801.235-0

PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS 860.002.400

A:_____ C.C. o NIT. _____ De _____

Debe la suma de: CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS

CONCEPTO	PRECIO	TOTAL
V/R.Correspondiente al pago de poliza todo riesgo daños materiales, manejo global y responsabilidad civil y automoviles para el Hospital Departamental San Rafael, según contrato N° 117 de 2025. fac: 19264-19298-19238-19216-19252-19211	157,778,599.94	
TOTAL	157,778,599.94	
	TOTAL	157,778,599.94

Cheque N°	Banco	Sucursal	Efectivo
002383	BANCO AGRARIO	1862-001010-0	

CÓDIGO	CUENTA	DÉBITOS	CRÉDITOS

Profesional Universitario

Gerente (Ordenador del Gasto)

30 MAYO 2025

Risaralda, Caldas _____ de _____ de 201 _____

RECIBI: _____

C.C. o NIT. _____

PREVISORA

REFERENCIA DE PAGO No:

3056153903

NOMBRE DEL PAGADOR				
CANT. DE POLIZA ENDOSO	VALOR A PAGAR $	FECHA LIMITE DE PAGO		
		DIA	MES	AÑO
8	$ 157.778.800	12	08	2025

COD. BANCO	NUMERO DE CHEQUE
	NUMERO DE CUENTA
COD. PAGADOR	La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, causará la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos incurridos

Consignar y Para recaudo a nombre correspondiente mencionado
Banco de Bogotá
Banco A y mas convenio 13168
NOTA: No se recibe pagos mixtos, solo efectivo o cheque local
El pago en corresponsales bancarios Bancolombia en efectivo

A PREVISORA S.A. Compañía de Seguros

CLIENTE

PREVISORA

REFERENCIA DE PAGO No:

3056153903

NOMBRE DEL PAGADOR				
CANT. DE POLIZA, ENDOSO	VALOR A PAGAR $	FECHA LIMITE DE PAGO		
		DIA	MES	AÑO
6	$ 157.778.600	12	08	2025

COD. BANCO	NUMERO DE CHEQUE
	NUMERO DE CUENTA

COD. PAGADOR	La mora en el pago de la cuota de la póliza o de su certificado o anexo, que se expida con fundamento en esta modalidad, la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el cobro de la prima causada y los gastos incurridos

Consignar: Razón social y sus correspondientes nombres.
Banco de Bogotá
Banco Agrario convenio 13365
NOTA: No se reciben pagos medios: solo efectivo y cheque local
El pago en corresponsales bancarios Bancolombia es en efectivo

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros

CLIENTE