Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0022		
Fecha: 25/11/2011		
Versión: 1	FORMATO APROBACIÓN GARANTÍA ÚNICA	

UNIDAD: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
EL SUSCRITO JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.3, EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS MEDIANTE ORDEN INTERNA NO. 031 DEL 31 DE ENERO DEL 2026, Y DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 00364 DEL 12/02/2025 QUE MODIFICO PARCIALMENTE LA RESOLUCIÓN NO. 00011 DEL 02/01/2025, POR LA CUAL SE DELEGA EN ALGUNOS FUNCIONARIOS Y EN DESARROLLO DE LO CONSAGRADO EN LOS ARTÍCULOS 7 Y 23 DE LA LEY 1150 DE 2007 Y DECRETO 1082 DE 2015, REFERENTES A LA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA.

CONTRATO: No. 86-5-20107-25

CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO NIT 800.134.339-9

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIO, HOSPITALARIOS Y URGENCIAS, EN EL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DE LOS MUNICIPIOS QUINDIO Y VALLE DEL CAUCA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 3: GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SALENTO QUINDÍO".

VALOR DEL CONTRATO PRINCIPAL: TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($3.000.000,00)
ADICION 001: UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL ($1.500.000,00)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA LEGAL ($4.500.000,00)
PRORROGA 001: POR CUATRO (04) MESES CONTADOS DESDE EL 01 DE DICIEMBRE DE 2025 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NIT 860.524.654-6
PÓLIZA No 300-88-994000000036 Anexo 0 Expedida el 06/01/2026 Responsabilidad Civil Profesional

AMPAROS

AMPARO	VALOR ASEGURADO	%	VIGENCIA (DÍA-MES-AÑO)	
			DESDE	HASTA
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS	$ 400.000.000,00	----	31/12/2025	31/12/2026

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 02 FEB 2026

Mayor JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO
Jefe Regional de aseguramiento en salud N.3(E

Elaboró: CPS Lina Marcela Aguirre González
Analista Contratos Rases Nro 3

Revisó y aprobó: Nelson Raul Figueroa Peñaloza
Abogado Grupo Contratos Rases Nro 3

Calle 94 Avenida villa olímpica frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext.8305
Deris.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3004049205

PÓLIZA No: 300 -88 - 994000000036 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGE: 300 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
06	01	2026		31	12	2025	23:59		31	12	2026	23:59		365	06	01	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	A LAS	DIAS
31	12	2025	23:59		31	12	2026	23:59		365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9
DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9
DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: QUINDÍO CIUDAD: SALENTO

DIRECCION: CARRERA 7 No. 6-60

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

RC PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

TOMADOR: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) NIT
ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) NIT 800134339
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 7 No. 6-60 SALENTO

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: NO HAY

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 31 del mes de DICIEMBRE del año 2024 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***400,000,000.00	$ *******20,000,000	$****15,000.00	$ ****3,802,850	$ *******23,817,850

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
DPG SEGUROS SOCIEDAD LIMITADA	7965	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000300404920

FIRMA TOMADOR

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

JALEGRIA 0

CDD8207C0F0BF57C5F

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2599 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000036 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

OBJETO DEL SEGURO:
Otorgar la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica a las Clínicas, Hospitales y Centros Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Solicitud de Seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos y, al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones.

CONDICIONES GENERALES:
Textos según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia forma 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 y 18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-38-RC-CLINICAS-Y-HOSPITALES-18062021.pdf

MODALIDAD DE COBERTURA:
La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación Claims-Made, donde se entiende por Claims-Made la cobertura a las indemnizaciones que el asegurado debe pagar en virtud de las reclamaciones, conocidas por primera vez y reportadas durante el periodo del seguro, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales causados por alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza en sus amparos generales y particulares, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:
La Fecha de Periodo de Retroactividad que se otorga es A PARTIR DE: 01/01/2015, en cuanto al momento en que se presente el siniestro, siempre y cuando el asegurado no tuviera conocimiento de una reclamación potencial.

No existirá responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que sea ocasionada o esté conectada a cualquier circunstancia o hecho que se haya notificado a la aseguradora en cualquier otra póliza de seguro realizada previamente al inicio de esta póliza; y/o que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado anteriormente al inicio de esta póliza.

AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en MODALIDAD CLAIMS-MADE.
Responsabilidad Civil General: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, EN MODALIDAD OCURRENCIA, por los siguientes eventos:
oPropiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.
oPosesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.
oSuministro de medicamentos.
oSuministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

Honorarios de Defensa: La aseguradora indemnizara al Asegurado, los Gastos de Defensa en que incurra hasta por el monto establecido, y que hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal en su contra y en lo que se pretenda demostrar su responsabilidad siempre y cuando los hechos por los que se le demanda o se reclaman se encuentren amparados bajo los términos y condiciones de este seguro.
Sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza por vigencia, distribuido, así:
o Por Proceso: COP $ 5.000.000
o Por Evento: COP $ 10.000.000.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite de COP $5.000.000 por evento / COP $10.00.000 vigencia.

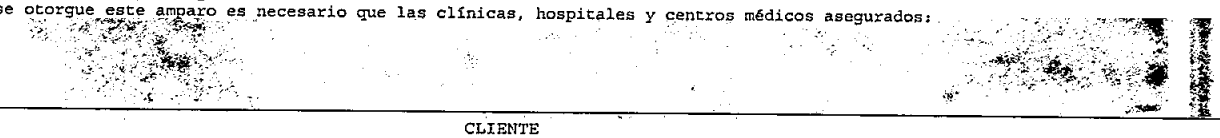
Costas del Proceso: según fallo judicial, limitado según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

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

Extensión del Período de Reclamaciones, según Condiciones Generales (clausulado) de la póliza: bajo el presente amparo se otorga en caso de revocación o no renovación por parte de aseguradora solidaria y siempre que la póliza no sea reemplazada por otra de la misma naturaleza con otra aseguradora, el derecho de extender, hasta por un período Doce (12) meses, la cobertura para las reclamaciones iniciadas en su contra de las que conozca, o debiera conocer habrían de ser iniciadas, por primera vez con posterioridad a la expiración de la vigencia de la póliza, siempre y cuando tales reclamaciones se fundamenten en actos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 50% de la prima anual cobrada inicialmente.

Responsabilidad civil profesional médica causada por personal médico auxiliar fuera de las instalaciones de las clínicas, hospitales y centros médicos. sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Posesión y utilización de Equipos Especiales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia.
Para que se otorgue este amparo es necesario que las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados:



CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000036 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado.

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

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

Se modifica la exclusión 6 del ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

ARTÍCULO 2 - EXCLUSIONES

6.
6.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

6.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

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

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

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

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

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

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

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

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

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

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

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000036 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

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

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

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

Amparo de Gastos Médicos Inmediatos: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 10% del valor asegurado de la póliza por vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extrapatrimoniales: sublímite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento / vigencia. Se incluye como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza, tasados en sentencias judiciales o laudos arbitrales, o acuerdos de conciliación avalados por la Aseguradora. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación. Dentro del mismo sublímite se incluye el Lucro Cesante.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
No se otorga restablecimiento del Valor Asegurado por pago de siniestro.
Designación de Ajustadores: según listado de la Compañía.
Anticipo de Indemnización del 50%: una vez demostrada la ocurrencia y cuantía de la pérdida, y la responsabilidad de la aseguradora en indemnizar.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.
Cláusula de Arbitramento: las diferencias que surjan entre las partes del contrato, serán sometidas a un tribunal de arbitramento que estará integrado por tres árbitros nombrados por cada una de las partes, los dos primeros, y un tercero nombrado por un centro de conciliación o juzgado en Bogotá.
Cláusula de no Renovación Tácita o Automática: mediante la presente clausula se deja claridad que el Asegurador se reserva el derecho de renovar la póliza en los mismos términos y condiciones. En todos los casos el tomador deberá aportar la información que el Asegurador solicite para decidir sobre la renovación, previamente al vencimiento de la cobertura.
Declaraciones Inexactas o Reticentes: la empresa Tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se adicionan las siguientes:

Asegurado contra Asegurado.
Reclamaciones por actos médicos electivos para la reducción de peso, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.
Se excluye la responsabilidad civil profesional individual de cada profesional de la salud al servicio del Asegurado.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD. AGENCIA: 300 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000036 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN: NIT 800.134.339-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral Articulo 25 - GARANTIAS - del clausulado general de la póliza.
El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

DEDUCIBLES:

Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia

CARTA DE INSTRUCCIONES DEL PAGARÉ NÚMERO 00/00/2026

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Armenia e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como representante legal de Hospital San Vicente de Paúl ESE Salento., por medio del presente, manifiesto libre y espontáneamente, que por medio del presente documento, de acuerdo con la ley, AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, portadora del NIT 860524654-6, para llenar los campos en blanco del PAGARÉ NÚMERO 00/00/2026, correspondientes a la fecha de vencimiento y al valor, estos campos se llenaran sin darme aviso previo, hasta el monto total de las obligaciones pendientes a mi cargo, la presente carta presta merito ejecutivo, y no será necesario aviso de rechazo y la presentación del titulo para el pago. Manifiesto, que Pagaré al tenedor de este título, el capital, los intereses corrientes, intereses moratorios, el valor de los gastos relacionados con la cobranza (judicial o extra – judicial) y todos los valores representados e incorporados en este pagare, de conformidad con las presentes instrucciones. –
Para constancia, se firma el municipio de Salento, Quindío, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año dos mil veinte seis (2026).-

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
C.C 24995995
representante legal de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE SALENTO NIT. 800134339
DIRECCIÓN: CRA 7 No. 6-60 SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 3174048465
EMAIL: HOSPITAL@SALENTO-QUINDIO.GOV.CO

PAGARÉ NÚMERO 01/2026

VALOR $ 25.580.334

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Armenia e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como representante legal de Hospital San Vicente de Paúl ESE Salento, por medio del presente, manifiesto que: PAGARÉ, DE MANERA, SOLIDARIA, INCONDICIONAL IRREVOCABLE E INDIVISIBLE, a Favor de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, portadora del NIT 860524654-6 o a su orden, en la ciudad de Bogotá , la suma de veinticinco millones quinientos ochenta mil trecientos treinta y cuatro pesos ($25.580.334) el día treinta y uno (31) de enero del año 2026.- De acuerdo con la carta de instrucciones que se anexa al presente.
A.- Durante el plazo se causarán, intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -
B.- En caso de mora, reconoceré y pagaré intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -
C.- Expresamente declaro la renuncia al aviso de rechazo y la presentación del presente título para el pago. -
F.- Pagaré al tenedor de este título – valor los gastos relacionados con la cobranza (judicial o extra – judicial) de los valores representados en el mismo, tales como honorarios de abogado, costas judiciales, etc.-
H.- Acepto desde ahora cualquier cesión, endoso o traspaso que de este pagaré hiciere ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, a cualquier otra persona. -
Para constancia, se firma en la ciudad de Salento, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año 2026.-

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
C.C 24995995
representante legal de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE SALENTO NIT. 800134339
DIRECCIÓN: CRA 7 No. 6-60 SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 3174048465
EMAIL: HOSPITAL@SALENTO-QUINDIO.GOV.CO

Aseguradora Solidaria de Colombia

PAGARÉ NÚMERO 02/2026

VALOR $ 25.580.334

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Armenia e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como representante legal de Hospital San Vicente de Paúl ESE Salento, por medio del presente, manifiesto que: PAGARÉ, DE MANERA, SOLIDARIA, INCONDICIONAL IRREVOCABLE E INDIVISIBLE, a Favor de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, portadora del NIT 860524654-6 o a su orden, en la ciudad de Bogotá , la suma veinticinco millones quinientos ochenta mil trecientos treinta y cuatro pesos ($25.580.334) el día veintinueve (29) de febrero del año 2026.- De acuerdo con la carta de instrucciones que se anexa al presente.

A.- Durante el plazo se causarán, intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

B.- En caso de mora, reconoceré y pagaré intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

C.- Expresamente declaro la renuncia al aviso de rechazo y la presentación del presente título para el pago. -

F.- Pagaré al tenedor de este título – valor los gastos relacionados con la cobranza (judicial o extra – judicial) de los valores representados en el mismo, tales como honorarios de abogado, costas judiciales, etc.-

H.- Acepto desde ahora cualquier cesión, endoso o traspaso que de este pagaré hiciere ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, a cualquier otra persona. -

Para constancia, se firma en la ciudad de Salento, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año 2026.-

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
C.C 24995995
representante legal de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE SALENTO NIT. 800134339
DIRECCIÓN: CRA 7 NO. 6-60 SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 3174048465 -
EMAIL: HOSPITAL@SALENTO-QUINDIO.GOV.CO

PAGARÉ NÚMERO 03/2026

VALOR $ 25.580.334

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Armenia e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como representante legal de Hospital San Vicente de Paúl ESE Salento, por medio del presente, manifiesto que: PAGARÉ, DE MANERA, SOLIDARIA, INCONDICIONAL IRREVOCABLE E INDIVISIBLE, a Favor de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, portadora del NIT 860524654-6 o a su orden, en la ciudad de Bogotá , la suma veinticinco millones quinientos ochenta mil trecientos treinta y cuatro pesos ($25.580.334) el día treinta (30) de marzo del año 2026.- De acuerdo con la carta de instrucciones que se anexa al presente.

A.- Durante el plazo se causarán, intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

B.- En caso de mora, reconoceré y pagaré intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

C.- Expresamente declaro la renuncia al aviso de rechazo y la presentación del presente título para el pago. -

F.- Pagaré al tenedor de este título – valor los gastos relacionados con la cobranza (judicial o extra – judicial) de los valores representados en el mismo, tales como honorarios de abogado, costas judiciales, etc.-

H.- Acepto desde ahora cualquier cesión, endoso o traspaso que de este pagaré hiciere ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, a cualquier otra persona. -

Para constancia, se firma en la ciudad de Salento, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año 2026.-

Aseguradora Solidaria de Colombia

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
C.C 24995995
representante legal de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE SALENTO NIT. 800134339
DIRECCIÓN: CRA 7 NO. 6-60 SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 3174048465
EMAIL: HOSPITAL@SALENTO-QUINDIO.GOV.CO

PAGARÉ NÚMERO 04/2026

VALOR $ 25.580.334

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ , mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Armenia e identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como representante legal de Hospital San Vicente de Paúl ESE Salento, por medio del presente, manifiesto que: PAGARÉ, DE MANERA, SOLIDARIA, INCONDICIONAL IRREVOCABLE E INDIVISIBLE, a Favor de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, portadora del NIT 860524654-6 o a su orden, en la ciudad de Bogotá , la suma veinticinco millones quinientos ochenta mil trecientos treinta y cuatro pesos ($25.580.334) el día treinta de abril del año 2026.- De acuerdo con la carta de instrucciones que se anexa al presente.

A.- Durante el plazo se causarán, intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

B.- En caso de mora, reconoceré y pagaré intereses a una tasa equivalente al máximo permitido por la Ley, sin perjuicio de las acciones legales a que hubiere lugar. -

C.- Expresamente declaro la renuncia al aviso de rechazo y la presentación del presente título para el pago. -

F.- Pagaré al tenedor de este título – valor los gastos relacionados con la cobranza (judicial o extra – judicial) de los valores representados en el mismo, tales como honorarios de abogado, costas judiciales, etc.-

H.- Acepto desde ahora cualquier cesión, endoso o traspaso que de este pagaré hiciere ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, a cualquier otra persona. -

Para constancia, se firma en la ciudad de Salento, a los diecinueve (19) días del mes de enero del año 2026.-

ANA CAROLINA QUINTERO JIMENEZ
C.C 24995995
representante legal de HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL ESE SALENTO NIT. 800134339
DIRECCIÓN: CRA 7 NO. 6-60 SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 3174048465
EMAIL: HOSPITAL@SALENTO-QUINDIO.GOV.CO

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

Salir

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de póliza:	994000000036	**Número de anexo:**	0
Agencia:	ARMENIA	**Ramo:**	RC CLINICAS
Asegurado / Beneficiario:	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE)		
Tomador / Garantizado:	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE)		

Detalle amparos asegurados:

Amparo / Cobertura	Inicio de Vigencia	Fin de Vigencia	Valor Asegurado
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	miércoles, 31 de diciembre de 2025	jueves, 31 de diciembre de 2026	$400,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	miércoles, 31 de diciembre de 2025	jueves, 31 de diciembre de 2026	$400,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	miércoles, 31 de diciembre de 2025	jueves, 31 de diciembre de 2026	$400,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA	miércoles, 31 de diciembre de 2025	jueves, 31 de diciembre de 2026	$40,000,000.00

Nueva Consulta | Visualizar PDF

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 830.524.639-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3004049205

PÓLIZA No: 300 -88 - 994000000036 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: ARMENIA COD AGE. 300 RAMO 88 PAP

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
	06	01	2026	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	31	12	2025	23:59		31	12	2026	23:59	365	21	01	2026
	FECHA DE EXPEDICION				VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	31	12	2025	23:59		31	12	2026	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN NIT 800.134.339-9
DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) IDENTIFICACIÓN NIT 800.134.339-9
DIRECCIÓN: CARRERA 7 N 6-60 CIUDAD: SALENTO, QUINDÍO TELÉFONO: 6067593405
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: QUINDÍO CIUDAD: SALENTO

DIRECCION: CARRERA 7 No. 6-60

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 400,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	400,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	400,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	400,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	40,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 10.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

RC PROFESIONAL PARA CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

TOMADOR: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) NIT
ASEGURADO: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SALENTO QUINDIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) NIT 800134339
BENEFICIARIOS: Terceros afectados o sus causahabientes.

UBICACIÓN DEL(OS) PREDIO(S) ASEGURADOS: CARRERA 7 No. 6-60 SALENTO

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud.

No DE CAMAS DE INTERNACIÓN: NO HAY

VIGENCIA: 365 dias, a partir del dia 31 del mes de DICIEMBRE del año 2024 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
$ ***400,000,000.00	$ *******20,000,000	$****15,000.00	****3,802,850	$ *******23,817,850

Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/03 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Recomendamos utilizar versiones de navegador: Internet Explorer 7 y Netscape 8.1.3 o superiores. Configuracion : 1024 x 768
Direccion: Calle 100 No. 9A - 45, Pisos 8 y 12. PBX : 6464330
Gerencia de Tecnologia - Copyright Todos los Derechos Reservados