Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5804916871

PÓLIZA No: 580 -88 - 994000000053 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGE: 580 RAMO: 88 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
30	12	2025	31	12	2025	23:59	31	12	2026	23:59	365	30	12	2025

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

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

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

DIRECCIÓN: CALLE 7 NO 6-44 CIUDAD: BALBOA, RISARALDA TELÉFONO: 6063688113

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

DIRECCIÓN: CALLE 7 NO 6-44 CIUDAD: BALBOA, RISARALDA TELÉFONO: 6063688113

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA CIUDAD: BALBOA

DIRECCION: CARRERA 9 No. 8-17

ACTIVIDAD: HOSPITAL

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO	$ 600,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL	600,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA	600,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	600,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	600,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 $ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

EMISIÓN ORIGINAL.

RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

VALOR ASEGURADO
$600.000.000

AMPARAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE PUEDE INCURRIR LA INSTITUCIÓN MÉDICA, COMO ENTE JURIDICO, PROPIA DE LA CLÍNICA, HOSPITAL Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MÉDICAS, POR LOS DAÑOS CAUSADOS TANTO A PACIENTES COMO A TERCEROS, DERIVADOS DE ERRORES U OMISIONES POR ACTOS MÉDICOS COMETIDOS EN EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, POR PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO O MEDICO AUXILIAR (MÉDICOS, PRACTICANTES, ENFERMERAS ETC.), APRENDICES, PRACTICANTES .Y EN GENERAL DEL PERSONAL ASISTENCIAL AL SERVICIO Y BAJO LA SUPERVISIÓN DEL HOSPITAL, INCLUYENDO PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, DE EVENTOS OCURRIDOS Y RECLAMADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***600,000,000.00	$ *******19,320,000	$**********0.00	$ ****3,670,800	$ *******22,990,800

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MUÑOZ Y CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS	1032	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".

(415)7701861000019(8020)000000000007000560491687

FIRMA ASEGURADOR FIRMA TOMADOR

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

YZULUAGA 0

CBD0207C060EFA7658 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000053 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO: MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADA POR RECLAMACIÓN CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997; LAS PÉRDIDAS ORIGINADAS EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA QUE LE SEAN IMPUTABLES DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE QUE SU ORIGEN, CAUSA Y/O EXTENSIÓN NO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN ESTA PÓLIZA.
RETROACTIVIDAD: CUBRIRÁN ÚNICAMENTE LAS PÉRDIDAS QUE SEAN DESCUBIERTAS POR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO LAS CUALES TENGAN SU CAUSA EN HECHOS OCURRIDOS CON POSTERIORIDAD A LA FECHA RETROACTIVA EXPRESAMENTE PACTADA EN LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES.
FECHA DE RETROACTIVIDAD: 30 DE DICIEMBRE DE 2012

ACTIVIDAD: INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
ÁMBITO TERRITORIAL: COLOMBIA
JURISDICCION: COLOMBIA

AMPAROS:
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:
INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER ACTO MÉDICO DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.
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 RELACIÓN AL ACTO MÉDICO, EN RELACIÓN 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 PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO ANTERIOR. EN ESTE CASO LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
ASÍ MISMO, SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO
ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CON HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS, 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.
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 CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MEDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA
RESPONSABILIDAD POR TODO CONCEPTO DE COSTAS, GASTOS, INTERESES, CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O PREVISORA POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LOS SUBLÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL ACTO MÉDICO O EVENTO, QUE DIERA ORIGEN A LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES: A) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. B) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SU RENOVACIÓN O DURANTE EL PERIODO DE EXTENSIÓN DE DENUNCIAS.
PERJUICIOS PATRIMONIALES, INCLUYE DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIEMPRE QUE SE DERIVE DE UN DAÑO MATERIAL, LESION CORPORAL, CUBIERTO POR LA POLIZA.

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. COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA
POR EVENTO / VIGENCIA. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE A TERCEROS.
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA
SUBLIMITES:
GASTOS JUDICIALES, DE DEFENSA O DE ABOGADOS: SUBLIMITADO SUBLIMITE DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO, DISTRIBUIDO ASI: POR PROCESO $20,000,000 Y POR VENTO $100,000,000.
CAUSIONES JUDICIALES CAUSIONES JUDICIALES $5,000,000 POR EVENTO Y $10,000,000 POR VIGENCIA
GASTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA: SE ENTIENDE AQUELLOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DE AMBULANCIA, HOSPITALARIOS, DE ENFERMERAS Y DE MEDICAMENTOS PRESTADOS A TERCEROS EN QUE SE INCURRAN, HASTA TRES (3) DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES AL ACCIDENTE. PARA ESTA COBERTURA SE EXCLUYEN RECLAMACIONES DE EMPLEADOS Y CONTRATISTAS DEL ASEGURADO. SE OTORGA. SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA

CLAUSULAS ADICIONALES:
REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA, 30 DÍAS

AMPLIACIÓN DE AVISODIENTSINIESTRO, 30 DÍAS

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000053 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY** IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

ASEGURADO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY** IDENTIFICACIÓN: NIT 891.411.665-4

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

EXTENSION DEL PERIODO DE RECLAMACIONES 24 MESES: ESTA SOLO OPERA CUANDO LA PÓLIZA ES CANCELADA, O NO RENOVADA POR LA COMPAÑIA, SE OTORGA COBERTURA CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL Y DEBERÁ SER SOLICITADA 30 DÍAS ANTES DEL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.
DESIGNACIÓN DE AJUSTADOR DE MUTUO ACUERDO
ANTICIPO DE INDEMNIZACION DEL 50%
DEFINICION DE SUBLIMITE
ARBITRAMENTO CON SEDE EN PEREIRA
DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES
PERIODO INFORMATIVO SI LA ASEGURADORA O EL TOMADOR REVOCA O REHÚSA RENOVAR LA PRESENTE PÓLIZA, EL TOMADOR PREVIO EL PAGO DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL CORRESPONDIENTE, TENDRÁ DERECHO A UN PERIODO DE TIEMPO ADICIONAL DE 24 MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EFECTIVA DE TAL REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN, PARA AVISAR A LA ASEGURADORA, DENTRO DE DICHO PERIODO ADICIONAL DE 24 MESES, DE TODAS AQUELLAS RECLAMACIONES QUE SEAN FORMULADAS CONTRA LOS ASEGURADOS POR CUALQUIERA DE LOS ACTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA Y QUE HAYAN OCURRIDO ANTES DE LA FECHA DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.
MODIFICACIONES EN BENEFICIO DEL ASEGURADO: SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO PARA EL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS EN LA PÓLIZA
NO APLICACIÓN DE TARIFA DE COLEGIOS DE ABOGADOS U OTRO CRITERIO, PARA LIMITAR Y/O NO ACEPTAR LA PROPUESTA DE LOS HONORARIOS DE ABOGADOS, PRESENTADA POR EL HOSPITAL, O LOS FUNCIONARIOS QUE ÉSTA DESIGNE, SUJETO A QUE EL VALOR DE LOS MISMOS NO SUPEREN LOS LÍMITES ASEGURADOS OTORGADOS.
LIBRE ESCOGENCIA DE ABOGADO PARA LA DEFENSA. MEDIANTE ESTA CONDICIÓN, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA SELECCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA DEFENSA CORRESPONDERÁ AL HOSPITAL, O LOS FUNCIONARIOS QUE ÉSTA DESIGNE, QUIENES PARA SU APROBACIÓN POR LA E.S.E. PRESENTARÁN A LA COMPAÑÍA LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE. LA COMPAÑÍA PODRÁ PREVIA SOLICITUD Y DE COMÚN ACUERDO CON EL HOSPITAL, ASUMIR LA DEFENSA DE CUALQUIER LITIGIO O PROCEDIMIENTO LEGAL A NOMBRE DEL ASEGURADO, A TRAVÉS DE ABOGADOS ELEGIDOS POR ÉSTE.
ACEPTACIÓN DE GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA, DENTRO DE LOS SEIS (6) DÍAS HÁBILES. MEDIANTE ESTA CONDICIÓN, QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO QUE LA ASEGURADORA SE PRONUNCIARÁ SOBRE LA COBERTURA O NO DE LAS RECLAMACIONES Y SOBRE LA COTIZACIÓN DE HONORARIOS DEL ABOGADO, GASTOS JUDICIALES Y/O COSTOS DE DEFENSA, EN LA BREVEDAD POSIBLE Y MÁXIMO DENTRO DE LOS SEIS (6) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL RECIBO DE LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LOS MISMOS. EN CASO CONTRARIO SE ENTENDERÁN ACEPTADOS LOS HONORARIOS DE ABOGADO, DE CONFORMIDAD CON LA(S) COTIZACIÓN(ES) PRESENTADA(S) POR LA ENTIDAD ASEGURADA.
CLÁUSULA DE APLICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES. QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA COMPAÑÍA ACEPTA LAS CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN ESTA PÓLIZA, EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN LE MISMO, POR LO TANTO, EN CASO DE EXISTIR DISCREPANCIA ENTE LOS OFRECIMIENTOS CONTENIDOS EN LA PROPUESTA TÉCNICA BÁSICA, FRENTE A LOS TEXTOS DE LOS EJEMPLARES DE LAS PÓLIZAS, CERTIFICADOS, ANEXOS O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO; PREVALECERÁ LA INFORMACIÓN Y CONDICIONES BÁSICAS TÉCNICAS ESTABLECIDAS.
INDEMNIZACIÓN POR CLARA EVIDENCIA SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL. QUEDA CONVENIDO QUE LA COMPAÑÍA INDEMNIZARA LOS DAÑOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO A UN TERCERO EFECTUADO SIN QUE EXISTA PREVIO FALLO JUDICIAL, SIEMPRE Y CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL EVENTO DEN LUGAR A CONSIDERAR LA RESPONSABILIDAD O CULPA DEL ASEGURADO.
ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES.

EXTENSIÓN DE AMPARO: ESTA PÓLIZA TAMBIÉN CUBRIRÁ A LAS PERSONAS QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN, CUANDO RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO PACIENTES DEL ASEGURADO: A) LAS PERSONAS EN RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO B) LOS SOCIOS, GERENTES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADOI, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ÉSTE 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 MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO
EXCLUSIÓN DE GARANTÍAS
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 LOS PREDIOS

DEDUCIBLES:
GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR GASTOS INCURRIDOS
DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO $10.000.000

CONDICIONES GENERALES: 18/06/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-30-D00I
18/06/2021-1502-NT-P-06-P180621MGG17G170

CLIENTE

ACUERDO DE PAGO

Entre **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA**, **ENTIDAD COOPERATIVA** en nombre propio **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL CRISTO REY,** identificado con documento número **891411665-4**, en calidad de tomador de las pólizas que se describen a continuación, en uso de las facultades establecidas en el artículo 1066 del código de comercio, se ha establecido el siguiente acuerdo para que las primas, IVA, y gastos que se causen, mediante cuotas periódicas, de la siguiente manera:

IDENTIFICACIÓN DE LAS PÓLIZAS:

Ramo	Pol.	Anexo	Vig. Desde - Vig. Hasta	Prima Total
RC SERVIDORES PUBLICOS	994000000150	0	31/12/2025 AL 31/12/2026	$4.165.000
TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES	994000000215	0	31/12/2025 AL 31/12/2026	$16.562.246
AUTOMÓVILES	994000020658	0	31/12/2025 AL 31/12/2026	$43.919.830
RC CLINICAS	994000000053	0	31/12/2025 AL 31/12/2026	$22.990.800

PLAZO ESTABLECIDO **4 cuotas mensuales iguales de $21.909.469**

CUOTA	VALOR	FECHA DE PAGO
CUOTA No. 1	$21.909.469	31/01/2026
CUOTA No. 2	$21.909.469	28/02/2026
CUOTA No. 3	$21.909.469	31/03/2026
CUOTA No. 4	$21.909.469	30/04/2026

Nota: El pago de las cuotas deberá legalizarse mediate comprobante de pago Individual o múltiple según corresponda por el # de pólizas a pagar.

Oficina Principal: Calle 100 No. 9A - 45 Piso 12 Bogotá, Colombia • Línea Solidaria: 018000 512 021 - #789
WhatsApp Business - Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co

Defensor del Consumidor Financiero Manuel Guillermo Rueda Serrano • Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá
Teléfono: (601) 7919180 • Fax: (601) 7919180 • Celular: 312 342 6229 • Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Horario. Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

SELLO VERDE DE VERDAD

La mora en el pago de cualquiera de las cuotas aquí acordadas produce la terminación automática del contrato de seguros, de acuerdo con el artículo 1068 del código de comercio.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA podrá declarar anticipadamente vencido el plazo de este acuerdo, sin necesidad de requerimientos judiciales o privados, pudiendo exigir el pago de la deuda en su integridad en caso de: a) Mora en el pago de cualquiera de las cuotas acordadas, b) En razón a la ocurrencia de un siniestro dentro del término para el pago del presente acuerdo que afecte la(s) póliza(s) o el (los) anexos citados (s).

LA ASEGURADORA
Firma Representante Legal

ESE HOSPITAL CRISTO REY
Nit. 891411665-4
Rep. Legal:
JORGE HERNAN VELEZ PATIÑO
CC. 9.815.203
Correo electrónico:
gerencia@esehospitalcristorey.gov.co
Teléfono contacto: 3206867660

V-07-2023