

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4207358179

PÓLIZA No: 420 -88 - 994000000022 ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGE: **420**

RAMO: **88**

PAP:

DIA	MES	AÑO
25	02	2020

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA	MES	AÑO	HORAS
28	02	2020	23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA	MES	AÑO	HORAS
28	02	2021	23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA	MES	AÑO
27	09	2024

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **RENOVACION**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA	MES	AÑO	HORAS
28	02	2020	23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS
28	02	2021	23:59	366

VIGENCIA HASTA

A LAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: **CRA 29 NO. 39 - 51**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6022856161**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **815.000.316-9**

DIRECCIÓN: **CRA 29 NO. 39 - 51**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA**

TELÉFONO: **6022856161**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **VALLE DEL CAUCA**

CIUDAD: **PALMIRA**

DIRECCION: **CARRERA 29 No. 39-51**

ACTIVIDAD: **HOSPITAL**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 1,500,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		1,500,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		1,500,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		1,500,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		1,500,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		1,500,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		45,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS

NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL:
\$ *1,500,000,000.00

VALOR PRIMA:
\$ ***52,500,000**

GASTOS EXPEDICION:
\$ **15,000.00**

IVA:
\$ **9,977,850**

TOTAL A PAGAR:
\$ ***62,492,850**

INTERMEDIARIO

NOMBRE **GABRIEL FRANCISCO LONDOÑO BENJUMEA** CLAVE **4796** %PART **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.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000420735817

FIRMA TOMADOR

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

CADA207F080AF87D5D

CLIENTE



LFARFAN 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

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

Compañía de Seguros

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA: 420

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000022 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

RENOVACION

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:

Según clausulado Aseguradora Solidaria de Colombia 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-D00I v.2.

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 durante el periodo del seguro, y ocurridos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada, como consecuencia de los perjuicios patrimoniales derivados de alguna causa cubierta bajo los amparos de la póliza, límites y sublímites en adelante indicados.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir del 28 de febrero de 2015. 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 que surja o esté en conexión con cualquier circunstancia o hecho conocido por el asegurado con anterioridad 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 Profesional Médica durante el Transporte en Ambulancia: 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:

o Propiedad, arrendamiento uso o usufructo de los predios en los que desarrollan sus actividades médicas.

o Posesión y el uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica.

o Suministro de medicamentos

o Suministro a pacientes de comidas, bebidas y productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales.

AMPAROS ADICIONALES:

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

" Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado total de la póliza, distribuido, así:

- Por Proceso de Cop \$15.000.000

- Por Evento de Cop \$45.000.000

" Costos para la constitución de Caucciones Judiciales: sublímite de Cop \$ 10.000.000 por evento y vigencia.

" Costas del proceso según fallo judicial: según texto clausulado general Aseguradora Solidaria de Colombia.

" Gastos Médicos: 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 30% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 50% del valor asegurado de la póliza por 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.

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

" Gastos de Defensa, Caucciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

" Demás Eventos: 10 % del valor de la pérdida, mínimo Cop \$5.000.000.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" Extensión del Periodo de Reclamaciones para el amparo de "Responsabilidad Civil Profesional Médica" y "Costos y Gastos del Proceso", según Clausulado General: bajo el presente amparo se otorga a las clínicas, hospitales y centros médicos asegurados, 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 periodo 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 médicos 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.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA: 420

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000022 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

" 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 Revocación: treinta (30) días.

" Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

" Cláusula de no renovación tácita o automática.

" Declaraciones Reticentes o Inexactas: 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.

EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las Condiciones Generales (Clausulado) del seguro, se excluyen además 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 actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.

" 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 (D&O), RC de Profesionales no Médicos (E&O), 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 Exqatur en Colombia.

" 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.

" Responsabilidad civil médica individual de los médicos o intervinientes en el acto médico, que presten sus servicios dentro de la institución médica bajo cualquier contrato o autorización del asegurado.

" Responsabilidad civil proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

" Reclamaciones derivadas de inconformidad del paciente con el resultado estético final.

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.

ANEXO No. 1 - CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PARA ALCANCE DE LA COBERTURA RELACION DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD PALMIRA Y ZONAS ALEDAÑAS

o Hospital Raúl Orejuela Bueno Calle 36 No. 39 - 75 - Emilia

o Centro de Salud San Pedro Calle 36 No. 11- 44

o Centro de Salud Sesquicentenario Calle 11 No. 25N- 86

o Puesto de Salud Municipal Cra 3E No. 31- 45

o Puesto de Salud Matapalo Matapalo

o Puesto de Salud Caucaseco Caucaseco

o Puesto de Salud La Torre La Torre

o Puesto de Salud Palmaseca Palmaseca

o Puesto de Salud La Buitrera La Buitrera

o Puesto de Salud Tienda Nueva Tienda Nueva

o Puesto de Salud Tablones Tablones

o Puesto de Salud Juanchito Juanchito

o Puesto de Salud Bolo San Isidro Bolo San Isidro

o Centro de Salud Zamorano Carrera 31 Diag. 58

o Centro de Salud Rozo Rozo

o Puesto de Salud Obando Obando

o Puesto de Salud - Amaime Amaime

o Puesto de Salud Barrancas Barrancas

o Puesto de Salud Boyacá Boyacá

o Puesto de Salud Combia Combia

o Puesto de Salud La Acequia La Acequia

o Puesto de Salud La Nevera La Nevera

o Puesto de Salud La Orlidia Carrera 6 EA # 43

o Puesto de Salud La Quisquina La Quisquina

CLIENTE

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CALI NORTE

COD. AGENCIA: 420

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000022 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

ASEGURADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

IDENTIFICACIÓN: NIT 815.000.316-9

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

o Puesto de Salud Libertadores Calle 27 No. 22 - 15
o Puesto de Salud Potrerillo Potrerillo
o Puesto de Salud Tenjo Tenjo
o Puesto de Salud la Herradura La Herradura
o Puesto de Salud La Pampa La Pampa
o Puesto de Salud La Dolores La Dolores
o Puesto de Salud Coronado Carrera 60 No. 38 - 20
o Puesto de Salud Bolo la Italia Bolo la Italia
o Puesto de Salud Guanabanal Guanabanal
o Hospital Raul Orejuela Buebo Carrera 29 # 39-51 sede San Vicente
o CAB Comuna I Lote calle 57 carrera 44 y 45
o Puesto de salud Guayabal Kilometro 3 # 19-189

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 a continuación mencionadas. El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

" Cumplir con las disposiciones legales y administrativas que regulan su actividad profesional.

" Llevar adecuado registro del servicio médico prestado, en la historia clínica de consultorios externos, la institucional única y en la historia clínica y/o ficha clínica de cada servicio. En la misma, el asegurado deberá anotar en forma concisa, veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos objetivos acerca del paciente y de su estado clínico, realizando anamnesia, diagnósticos, indicaciones, evolución, epicrisis y cierre de la historia clínica en todos los casos.

" Mantener protocolos quirúrgicos y anestésicos, partograma, registros de monitoreo cardiológico intraoperatorio, fetal, y el resultado de los estudios complementarios solicitados, transcritos en la historia clínica o anexos a ella de tal forma que puedan identificarse como correspondientes al paciente.

" Vigilar que cada historia clínica o ficha de consulta, contenga un formulario que demuestre la existencia de un proceso de consentimiento informado como acto médico previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, en cuanto a los riesgos, beneficios y/o alternativas del tratamiento. dicho formulario de proceso de consentimiento informado deberá también estar suscrito por el o los profesionales intervinientes.

" Mantener los equipos de diagnóstico o terapéutica en perfectas condiciones de funcionamiento y mantenimiento y seguir las normas de la práctica médica e instrucciones del fabricante para su uso.

" Emplear personal debidamente capacitado y legalmente autorizado cuando se practique algún tratamiento o examen o servicio médico.

CLIENTE