

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4351173986

PÓLIZA No: 435 -88 - 994000000019 ANEXO:1

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|--|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|---------------------------------------|-----|-----|------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA | | | | COD. AGE: 435 | | | | RAMO: 88 | | | | PAP: | | | |
| DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | |
| 28 | 02 | 2020 | | 01 | 02 | 2020 | 23:59 | 01 | 02 | 2021 | 23:59 | 366 | 15 | 01 | 2025 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | | | | | | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|-------|--|--|--|----------------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|------|--|--|--|------|--|--|--|-------|--|--|--|-----|--|--|--|
| TIPO DE MOVIMIENTO RENOVACION | | | | VIGENCIA DEL ANEXO | | | | DIA | | | | MES | | | | AÑO | | | | HORAS | | | | DIAS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 01 | | | | 02 | | | | 2020 | | | | 23:59 | | | | 01 | | | | 02 | | | | 2021 | | | | 23:59 | | | | 366 | | | |
| | | | | VIGENCIA DESDE | | | | A LAS | | | | VIGENCIA HASTA | | | | A LAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL TOMADOR | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8 | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER | | | | | | | | | | | |
| CIUDAD: ROSAS, CAUCA | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO: 6028254114 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO | | | | | | | | | | | |
| ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8 | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN: CARRERA 3 1 09 BARRIO SANTANDER | | | | | | | | | | | |
| CIUDAD: ROSAS, CAUCA | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO: 6028254114 | | | | | | | | | | | |
| BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS | | | | | | | | | | | |
| ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CAUCA CIUDAD: ROSAS | | | | | | | | | | | |
| DIRECCION: CARRERA 3 No. 1-9 | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD: HOSPITAL | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA LIMITE POR EVENTO | | | | | | | | | | | |
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO \$ 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| TRANSPORTE EN AMBULANCIA 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| GASTOS DE DEFENSA 500,000,000.00 | | | | | | | | | | | |
| DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV 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 | | | | | | | | | | | |
| BENEFICIARIOS NIT 900146471 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | | | | | | | | | | | |
| RENOVACION- VIGENCIA : 2.020- 2.021 | | | | | | | | | | | |
| CONDICIONES PARTICULARES DE LA PRESENTE POLIZA : | | | | | | | | | | | |
| TOMADOR: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | | | | | | | | | | | |
| ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURABLE: CRA 8 # 17-52 BUGA | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: Desarrollo de actividades propias de la prestación de servicios profesionales de salud. | | | | | | | | | | | |
| BENEFICIARIOS DEL SEGURO: TERCEROS AFECTADOS O SUS CAUSAHABIENTES | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***500,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****15,000,000 | GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00 | IVA: \$ ****2,852,850 | TOTAL A PAGAR: \$ *****17,867,850 |
|--|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|

| | | | |
|---|---------------|------------------|------------------------------------|
| INTERMEDIARIO | | COASEGURO CEDIDO | |
| NOMBRE ROCIO DEL SOCORRO VIVAS RODRIGUEZ | CLAVE 5932 | %PART 100.00 | NOMBRE COMPAÑIA 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)00000000007000435117398 | FIRMA TOMADOR |

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

CADB25790C0FF87E5E

CLIENTE



DCERTUCHE 0

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

NIVEL DE COMPEJIDAD: I y II

VIGENCIA: Un año, a convenir con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI

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, sucedidas 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, sucedidos durante la vigencia de la póliza o desde la fecha de retroactividad otorgada.

RETROACTIVIDAD:

El periodo de retroactividad de la póliza que se otorga será a partir de Diciembre 19 de 2016. 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 anteriormente al inicio de esta póliza.

VALOR(ES) ASEGURADO(S) Y TARIFACION:

AMPARO BÁSICO:

" Responsabilidad civil profesional médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Claims-Made.

" R c profesional médica durante 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 Ocurriencia.

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

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

" Suministro de medicamentos

" 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 de la póliza, en el agregado vigencia, distribuido, así;

Por proceso; \$5.000.000 / por Evento \$20.000.000

" Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: Sublímite de \$ 20.000.000 por evento/ vigencia.

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

" 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.

INFORMACION SOBRE PLANTA Y PERSONAL:

Médicos Grupo A: personal médico bajo relación laboral, de acuerdo a su especialización

Médicos Grupo B: personal médico autorizado, para ejercer su profesión dentro del establecimiento médico.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

ASEGURADO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.146.471-8

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

" Extensión del Período 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 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 médicos ocurridos exclusivamente durante la última vigencia de la póliza. Esta extensión de cobertura dará lugar al Asegurador al cobro de prima adicional del 100% de la prima anual cobrada inicialmente.

" No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

" Cláusula de Renovación Automática con Revisión de Términos: Mediante la presente cláusula se acuerda entre el presente seguro se renovará de manera automática, siempre que no se presente cambios en la información aportada en el formulario (propositional form del año 2019), y que la siniestralidad no exceda el 50% de las primas facturadas en la vigencia.

" Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización.

" Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

" 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 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 súper-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 ésta 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 Exquatur 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 proveniente de los errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la institución asegurada.

" 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.

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

DEDUCIBLES:

" Gastos Médicos: sin aplicación de deducible.

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

" Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 5 SMMLV.

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 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 anamnesis, 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 a

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA COD. AGENCIA: 435 RAMO: 88 No PÓLIZA: 994000000019 ANEXO: 1

DATOS DEL TOMADOR

| | | | | |
|---------------|--|-----------------|-----|---------------|
| NOMBRE: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 900.146.471-8 |
| ASEGURADO: | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO ESE 2 | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 900.146.471-8 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | IDENTIFICACIÓN: | NIT | 001-8 |

TEXTO ITEM 1

" 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.

REQUISITOS PARA LA EMISION:
La presente cotización se sujeta a recibir, analizar y aprobar la siguiente información ANTES de iniciada la vigencia de la póliza:
" Comunicación por parte del Asegurado confirmando la aceptación de los términos y condiciones aquí expuestas.
" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no existencia de reclamos y/o incidentes conocidos y/o reportados (incluyendo petición y/o secuestro de Historias Clínicas) o de situación alguna que pudiese generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de los ya reportados al Asegurador para su evaluación, acontecidos en los últimos cinco (5) años hasta la fecha de confirmación de respaldo por parte del Asegurador.
" Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su membrete, ANTES del inicio de la cobertura, de la no modificación de la información suministrada en el formulario y demás documentos que forman para de la solicitud del seguro ni agravación del riesgo a la fecha de suscripción de esta póliza.
" Cualquier cambio en la información, modificación o variación del riesgo o potencial reclamación, dará lugar a la revisión y ajuste de cualquiera de las condiciones de la oferta, o retiro de la misma a discreción de la Aseguradora Solidaria de Colombia.