

**SEGURO**  
**R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA644529



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA761800	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS		
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA</b>			<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>
22	10	2019	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
				MM	08
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
				DD	10
				MM	07
				AAAA	2023

**DATOS GENERALES**

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47			<b>TEL/MOVL</b>	6014280666
<b>ASEGURADO</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47			<b>TEL/MOVL</b>	6014280666
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	21
<b>DIRECCIÓN</b>	TODA COLOMBIA	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	1111111111

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	OFICINA DE CAJA DE COMEPACION BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. AV 68 # 49A-47

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$ .00

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$2,000,000,000.00	\$548,065,475.00		\$104,132,440.00	\$652,197,915.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000890901604	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA644529**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA761800	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	JKGONZALEZ
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>		<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	
<b>DD</b>	10	<b>DESDE</b>	DD 30	<b>HORA</b>	12:00
<b>MM</b>	2019	<b>HASTA</b>	DD 30	<b>HORA</b>	12:00
<b>AAAA</b>			MM 08		
			AAAA 2019		
			AAAA 2020		
				<b>DD</b>	07
				<b>MM</b>	2023
				<b>AAAA</b>	

**DATOS GENERALES**

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
**EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
**NIT/CC** 860066942  
**TEL/MOVI** 6014280666

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA  
Caja de Compensación Familiar -COMPENSAR

DESCRIPCIÓN: TERMINOS DE RENOVACION

VIGENCIA Desde: 30 de Agosto de 2019, 24:00 horas  
Hasta: 30 de Agosto de 2020, 24:00 horas

TOMADOR COMPENSAR. Caja de Compensación Familiar y/o Consorcio  
intereses aparezcan. NIT 860.066.942  
Compensar y/o filiales y/o como sus

ASEGURADO COMPENSAR. Caja de Compensación Familiar y/o Consorcio  
sus intereses aparezcan NIT 860.066.942  
Compensar y/o filiales y/o como

BENEFICIARIO Terceros afectados

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO Caja de Compensación Familiar, EPS y demás de acuerdo con su objeto social

DIRECCIÓN COMERCIAL /TELÉFONO Avenida 68 No. 49 A 47 Bogotá, TEL: 428-0666

INTERÉS ASEGURADO Y VALOR ASEGURADO Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados, así como en los predios de las IPS propias o con los cuales COMPENSAR tiene convenio para prestar servicios médicos a pacientes única y exclusivamente de COMPENSAR

BASE DE COBERTURA "CLAIMS MADE  
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 30/11/2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.  
Fecha de Retroactividad: 30 de noviembre de 2006

AMPAROS

OPCION N°1

Predios Labores y Operaciones Esta cobertura se tiene bajo la póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual General de Compensar

RC Bienes bajo cuidado tenencia y control COP 1.000.000.000 Evento / COP 2.000.000.000 Vigencia

RC Profesional COP 1.000.000.000 Evento / COP 2.000.000.000 Vigencia

CLAUSULAS Y COBERTURAS ADICIONALES

Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios Incluido. Se extiende a amparar a los profesionales en salud adscritos, siempre y cuando los profesionales en salud cuenten con su propia póliza Individual de RC Medica. - Este seguro opera en exceso de las pólizas individuales que tengan los médicos y odontólogos adscritos

Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza. Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos Incluido

Bienes bajo cuidado, tenencia y control Los daños físicos o destrucción de bienes muebles, mientras estos se encuentren bajo el cuidado o la tenencia o el control del asegurado.

Errores en la interpretación y lectura electromagnética de datos en exámenes y medios de diagnóstico. Incluido

Los gastos de defensa  
Este amparo cubre las costas y gastos en que incurra el tomador/ asegurado para defensa en los procesos promovidos en su contra, por el paciente o sus causahabientes, tanto de manera judicial (proceso civil), como de manera extrajudicial (descargo en secretaría de salud, requerimientos a superintendencia, y similares), los cuales se surtan por eventos amparados por esta póliza. La Equidad solo reconocerá como honorarios profesionales, aquellos establecidos en las tarifas del colegio

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR  
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA644529**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA761800	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS		
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>		<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	
22 DD	10 MM	2019 AAAA	DESDE HASTA	DD 30 MM 08	AAAA 2019 AAAA 2020
			HORA	12:00 12:00	
					10 DD
					07 MM
					2023 AAAA

**DATOS GENERALES**

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
**EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
**NIT/CC** 860066942  
**TEL/ MOVIL** 6014280666

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado

Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos  
 Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos, bajo la cobertura de RC Profesional; La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica

Lucro Cesante  
 Lucro Cesante. Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.

**RESUMEN ECONOMICO Y LIMITES ASEGURADOS**

**VALOR ASEGURADO**  
 OPCION \$1.000 millones Evento / \$2.000 millones Vigencia

**CLÁUSULAS ADICIONALES**

Amparo automático de nuevos profesionales de la salud  
 Incluido, sistema Blanket

Anticipo de indemnización  
 60% del valor de la reclamación, una vez se haya demostrado de la ocurrencia y cuantía del siniestro por parte del asegurado.

Conocimiento del riesgo Incluido

Condición de revocación unilateral de la póliza por parte del tomador/asegurado

No se aplicará corto plazo en caso de cancelación anticipada siempre y cuando la siniestralidad de la póliza no supere el 55%. El presente acuerdo modifica lo estipulado en el Art.1070 del Código de Comercio.

Errores e inexactitudes no intencionales Incluido

Modificaciones a favor del Asegurado  
 Incluido, previo acuerdo con la Compañía

Revocación o no renovación de la póliza 60 días

**DEDUCIBLES POR EVENTO**

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

Aplica

Para toda y cada pérdida

"DEDUCIBLES: Gastos de Defensa: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP 6.800.000. Aplica para toda y cada pérdida  
 Demas Coberturas: 12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas y cada perdida, pero para reclamos mayores a COP95.700.000 y menores a COP239.200.000 COMPENSAR pagara el 50% y el reasegurador el otro 50%.  
 Para reclamos mayores a COP239.200.00 aplicara el deducible original (12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas)

**LIMITE TERRITORIAL** Colombia

**JURISDICCION** Colombiana

**EXCLUSIONES** Según clausulado

**GARANTÍAS**

**GARANTIA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS**

"El asegurado durante la vigencia del seguro se compromete a mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes y así mismo se compromete a ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad técnicas, sanitarias y medicas. "

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones previstas en el artículo 1061 del Código de Comercio.

NOTAS

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR  
 Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
 desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA644529**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS						<b>ORDEN</b>	1								
<b>CERTICADO</b>	AA761800	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929					<b>USUARIO</b>	JKGONZALEZ							
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100		<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS														
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>				<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>						<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>								
<b>DD</b>	22	<b>MM</b>	10	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	30	<b>MM</b>	08	<b>AAAA</b>	2019	<b>HORA</b>	12:00	<b>DD</b>	10	<b>MM</b>	07	<b>AAAA</b>	2023
				<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	30	<b>MM</b>	08	<b>AAAA</b>	2020	<b>HORA</b>	12:00						

**DATOS GENERALES**

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
**EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
**NIT/CC** 860066942  
**TEL/MOVIL** 6014280666

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

"Ampliación de la cobertura a tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines de planificación familiar, teniendo en cuenta que COMPENSAR realiza procedimientos tales como vasectomías, ligadura de trompas, la instalación del DIU, etc."

Autorización automática para que Compensar lleve a cabo conciliaciones directas, sin que exista previa autorización de la aseguradora  
 Hasta COP50,000,000 siempre y cuando existan claros indicios de responsabilidad por parte de Compensar

Gastos o daños causados por la pérdida o daño de las muestras de laboratorio, biológicas y patológicas  
 Siempre y cuando le cause un perjuicio a un usuario. No se cubre la contaminación biológica.

Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos  
 La póliza ampara: Cautiones Judiciales: LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cautiones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante, LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones

Se amparan las costas e intereses de mora acumulados por condenas a cargo del asegurado  
 Incluido, siempre y cuando haya sentencia y haya un hecho cubierto

"Se entienden como terceros: los socios, empleados, personal administrativo, sus parientes y todos los afiliados a los programas de la Caja de Compensación Familiar Compensar, cuando se encuentren recibiendo atención médica en calidad de pacientes" Incluido

Se extiende a amparar las decisiones dadas por el Comité Técnico Científico y su grupo de apoyo Incluido, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario

"Se extiende a amparar las decisiones dadas por los Auditores Médicos  
 " Incluido, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario.

Se extiende a amparar los profesionales en salud que son contratados directamente, por contrato de prestación de servicios, por el Consorcio Compensar o por cualquier otra modalidad de vinculación. Se extiende a amparar a los profesionales en salud propios. Se extiende a amparar a los profesionales en salud adscritos, siempre y cuando los profesionales en salud cuenten con su propia póliza Individual de RC Medica.

Se extiende a amparar practicantes y aprendices Incluido

Este seguro opera en exceso de las pólizas individuales de tengan los médicos y odontólogos Se extiende a amparar a los profesionales en salud propios. Se extiende a amparar a los profesionales en salud adscritos, siempre y cuando los profesionales en salud cuenten con su propia póliza Individual de RC Medica.

Está cubierto cualquier daño extrapatrimonial que se genere como consecuencia de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza. Como es el caso de la alteración grave de las condiciones de existencia y el daño a la salud. Incluido

**PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO**

"PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION  
 El tomador/asegurado o el tercero damnificado quedaran privados de todo derecho procedente de la presente póliza en caso que la reclamación presentada fuese de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos."

**OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO:**

Comunicar a La Equidad la ocurrencia de cualquier evento que pueda dar lugar al pago de indemnización bajo esta póliza, dentro del término legal de tres (3) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que haya conocido o debido conocer tal circunstancia.

Cuando ocurra un siniestro cubierto por ésta póliza, el tomador/ asegurado tienen la obligación de emplear los medios de que disponga para impedir su expansión o progreso.

Acompañar las pruebas legales pertinentes (dictámenes médicos, historias clínicas, facturas, etc.), y comunicar por escrito a La Equidad todos los detalles y hechos, que demuestren plenamente la responsabilidad del tomador/asegurado, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de los perjuicios causados, así como la relación de causalidad con la prestación del servicio

Si el asegurado o la víctima incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de siniestro, La Equidad podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR  
 Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
 desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA644529**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA761800	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	JKGONZALEZ
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>		<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	
<b>DD</b>	10	<b>DESDE</b>	DD 30	<b>MM</b>	08
<b>MM</b>	2019	<b>HASTA</b>	DD 30	<b>MM</b>	08
<b>AAAA</b>				<b>AAAA</b>	2019
				<b>HORA</b>	12:00
				<b>HORA</b>	12:00
				<b>DD</b>	07
				<b>MM</b>	2023
				<b>AAAA</b>	

**DATOS GENERALES**

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
**EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
**NIT/CC** 860066942  
**TEL/MOVIL** 6014280666

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

**CLAUSULADO DE LA PÓLIZA**

Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas/Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Sanidad

**SUBJETIVIDADES**

Este seguro está sujeto a todos los términos y condiciones del clausulado original en todo lo que es aplicable a este seguro:

1. Cláusula de Cooperación de Reclamos, como se anexa.
2. Cláusula de Cancelación NMA355, 30 días, como se anexa.
3. Cláusula de Pago de Prima, como se anexa.
4. Cláusula de Sanciones LMA 3100, como se anexa
5. No renovación tacita o automática como en la póliza original  
 Ninguna parte del presente contrato será interpretado como una condición previa o una garantía, a menos que se indique expresamente como tal en el contrato.

**CLÁUSULA DE COOPERACIÓN DE RECLAMOS**

No obstante, lo indicado en contrario en el acuerdo de seguro y/o el clausulado de la póliza, es una condición precedente a cualquier responsabilidad bajo esta Póliza que: -  
 a) El asegurado deberá, sobre el conocimiento de cualquier circunstancia la cual pueda generar una reclamación contra ellos, dar aviso a los aseguradores tan pronto como sea posible y a más tardar a los 30 días de dicho conocimiento y  
 b) El asegurado deberá cooperar con los aseguradores y/o sus Representantes nombrados suscritos a esta Póliza en la investigación y valoración de cualquier reclamo y/o circunstancias que puedan generar una reclamación;  
 c) No se realizaran acuerdos y/o compromisos ni se admitirá responsabilidad alguna sin la previa aprobación de los aseguradores.  
 Todos los demás términos y condiciones continúan sin cambio.

**CLÁUSULA DE CANCELACIÓN**

Esta póliza podrá ser cancelada en cualquier momento a petición del asegurado por escrito al Corredor que efectuó el seguro, y la prima que los aseguradores reciben o retienen deberá ser ajustada sobre la base corto plazo.  
 Esta póliza también podrá ser cancelada por o en nombre de los aseguradores dando aviso por escrito al asegurado con 30 días de anticipación, a su última dirección conocida, y la prima que los aseguradores reciben o retienen deberá ser ajustada sobre la base pro rata.  
 La notificación se considerará como debidamente recibida en el curso normal del correo si ha sido enviada en una carta pre-pagada debidamente direccionada.

**CLÁUSULA DE PAGO DE PRIMA**

No obstante, cualquier provisión en contrario dentro de este contrato o alguno de sus endosos, respecto al no pago de la prima, solamente aplicará la siguiente cláusula. El Asegurado se compromete a que la prima estará completamente pagada a los aseguradores dentro de los 30 días siguientes al inicio de la vigencia.  
 Si la prima adeudada bajo esta póliza no ha sido pagada a los aseguradores en la fecha arriba indicada. Los aseguradores tendrán el derecho de cancelar esta póliza notificando al Asegurado a través del bróker por escrito. En el evento de cancelación, la prima adeudada a los aseguradores se hará con base a prorrata por el periodo que los aseguradores estuvieron en riesgo pero se pagara toda la prima a los aseguradores en el evento de una Pérdida u ocurrencia con anterioridad a la fecha de terminación la cual dé lugar a un reclamo válido bajo esta póliza.  
 Se acuerda que los aseguradores darán no menos de 15 días con anterioridad al aviso de cancelación al (Asegurado) a través del corredor. Si la prima adeudada es pagada en su totalidad a los aseguradores antes que la vigencia del aviso expire, el aviso de cancelación se revocará automáticamente. Si no, la póliza terminara automáticamente al final del periodo de aviso.  
 Si cualquier provisión de esta cláusula se encuentra inválida o inaplicable por cualquier corte o cuerpo administrativo de jurisdicción competente, tal invalidez o inaplicabilidad no afectara las otras provisiones de esta cláusula las cuales se mantendrán en pleno efecto y vigencia.  
 LSW3001  
 30/9/08

**CLAUSULA DE EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN DE SANCIONES**

Ningún asegurador proveerá cobertura ni estará obligado a pagar ninguna reclamación o beneficio en virtud del presente en la medida en que la provisión de dicha cobertura, o el pago de dicha reclamación o beneficio pudiera exponer a ese asegurador a alguna sanción, prohibición o restricción conforme a las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones comerciales o económicas, leyes o normativas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

**FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR  
 Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,  
 desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.