

**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>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>		
22	10	2019	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
				MM	08
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
				DD	27
				MM	04
				AAAA	2020

**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>	4280666 EXT 15108
<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>	4280666 EXT 15108
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO			<b>NIT/CC</b>	00000000021
<b>DIRECCIÓN</b>	TODA COLOMBIA	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	....

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

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

**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	
COMPANIA	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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.  
 Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

**VIGILADO**

# 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>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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	10	2019	DESDE	DD	30	MM	08
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	08
AAAA	2019	AAAA	2020	HORA	12:00	HORA	12:00
27	04	2020					
DD	MM	AAAA					

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## 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  
sus 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**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA LA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

# 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>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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	10	2019	<b>DESDE</b>	DD	30	MM	08
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	30	MM	08
				AAAA	2019	<b>HORA</b>	12:00
				AAAA	2020	<b>HORA</b>	12:00
						27	04
						DD	MM
							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** 80666 EXT 15108

## 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 COP239.200.000 aplicara el deducible original (12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas)

**LIMITE TERRITORIAL** Colombia

**JURISDICCIÓN** 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**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

# 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>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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	10	2019	<b>DESDE</b>	DD	30	MM	08
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	30	MM	08
				AAAA	2019	<b>HORA</b>	12:00
				AAAA	2020	<b>HORA</b>	12:00
						27	04
						DD	MM
							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** 80666 EXT 15108

## 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**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

**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>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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 MM	30 08
				AAAA 2019	HORA 12:00
				AAAA 2020	HORA 12:00
				27 DD	04 MM
					2020 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** 80666 EXT 15108

**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**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538



PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
CLINICAS/ HOSPITALES E INSTITUCIONES  
PRIVADAS DEL SECTOR  
SANIDAD

# PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS/ HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD

## Contenido

ALCANCE DE LA COBERTURA.....	2
1. AMPAROS.....	3
2. EXCLUSIONES.....	3
3. DEFINICIÓN DE AMPAROS.....	5
4. GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS.....	7
5. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.....	8
6. DEDUCIBLE.....	8
7. LIMITES DE LA COBERTURA.....	8
8. LIMITE ASEGURADO.....	8
9. PAGO DE LA PRIMA.....	9
10. OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.....	9
11. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.....	10
12. DERECHOS DE LA EQUIDAD EN CASO DE SINIESTRO.....	10
13. OPORTUNIDAD PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.....	10
14. RETICENCIA, ERRORES E INEXACTITUDES.....	11
15. MODIFICACIONES AL ESTADO DE RIESGO.....	11
16. SUBROGACIÓN.....	11
17. REVOCACIÓN.....	12
18. NOTIFICACIONES.....	12
19. NULIDAD Y TERMINACIÓN.....	12
20. DEFINICIÓN DE LA EXCLUSION SOBRE RECONOCIMIENTO ELECTRÓNICO DE FECHAS.....	13
21. CLAUSULAS ADICIONALES.....	14
22. DOMICILIO.....	15

## CONDICIONES GENERALES

### ALCANCE DE LA COBERTURA

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLÍNICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCION PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.

B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA

C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.

D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.

E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.

F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA

DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ ASEGURADO.

G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES)

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS

ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

EL ALCANCE GENERAL DE LA COBERTURA ESTÁ DELIMITADO POR LOS SIGUIENTES AMPAROS, QUE APARECEN DEFINIDOS EN LA CLÁUSULA "DEFINICIÓN DE AMPAROS" Y POR LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA CLÁUSULA "EXCLUSIONES".

## 1. AMPAROS

- A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA
- B. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRACTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACION
- C. RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL PARAMEDICO
- D. USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MEDICOS
- E. PREDIOS , LABORES Y OPERACIONES
- F. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL
- G. MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS

## 2. EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑO S MATERIALES NI NINGUN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

1. DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MEDICA U ODONTOLOGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O TERAPIA.
2. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTEN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACION DE TECNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MEDICA
4. POR LA PRESTACION DE SERVICIOS O ATENCION POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACION CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO; SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
5. POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJ O LA

INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NÁRCOTICAS.

6. POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

7. POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

8. POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENOS PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.

9. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.

10. RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.

11. DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCEN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

12. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.

13. EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.

14. RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE NO SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

15. POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.

16. POR LA UTILIZACION DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACION POR ISOTOPOS, RADIOGRAFIAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D, DE LA CLAUSULA 3 "DEFINICION DE AM PAROS".

17. TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDA O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.

18. POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O EXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACION LEGAL.

19. POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCION QUIRURGICA.

20. POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO A L MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO O LA TERAPIA.

21. PERDIDAS FINANCIERAS PURAS

22.TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.

### **3. DEFINICIÓN DE AMPAROS:**

#### **A.RESponsABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:**

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios

y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Igualmente bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil profesional imputable al asegurado como consecuencia de la sustitución que haya hecho sobre otro profesional de la misma especialidad siempre que este haya cumplido con las instrucciones/especificaciones dadas por el asegurado. No se cubre la responsabilidad profesional propia del médico sustitutivo.

#### **B. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRACTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACION AL SERVICIO DE LA CLINICA.**

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado, haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector de la salud, por los estudiantes en práctica y estudiantes en especialización al servicio de la clínica, dentro y fuera de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional

#### **C. RESPONSABILIDAD CIVIL DE PERSONAL PARAMEDICO AL SERVICIO DE LA CLINICA**

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia imprudencia e impericia) que el tomador/asegurado, haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de la clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector de la salud, por el personal paramédico (enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros), de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional

#### **D. USO DE EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS**

Este amparo cubre la responsabilidad civil derivada de la posesión o uso de aparatos y equipos médicos con fines de diagnóstico o terapia, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica. Adicionalmente se incluyen dentro de esta cobertura los siguientes equipos

*Paragrafo:* para los siguientes aparatos se requiere acuerdo expreso mediante anexo:

1. equipos de radiografía con fines de diagnostico

2. equipos de rayos x
3. equipos de tomografía por ordenador (scanner)
4. equipos de radiación por isótopos
5. equipos de generación de rayos laser
6. equipos de medicina nuclear incluyendo las materias radioactivas necesarias para su funcionamiento.

#### **E. PREDIOS LABORES Y OPERACIONES**

Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión y uso de los predios asegurados, en donde se desarrolla su actividad

#### **F. GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL:**

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

#### **G. MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS.**

Este seguro cubre los perjuicios ocasionados por culpa (negligencia, imprudencia e impericia) que el tomador/ asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o instituciones privadas del sector salud, por los profesionales de la medicina vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional, por el uso de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos.

#### **4. 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.

## **5. DEFINICION DE SINIESTRO:**

Para los efectos del presente seguro, se entiende por siniestro el acto médico o hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad civil profesional al tomador/asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

## **6. DEDUCIBLE**

Es la suma que hace parte de la indemnización que por convenio expreso el asegurado asume en cada siniestro, según lo estipulado en la carátula de la póliza.

## **7. LIMITES DE LA COBERTURA**

### **7.1 LIMITE TEMPORAL**

El presente seguro, no cubre eventos ocurridos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza, por los que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado, aunque la reclamación por las consecuencias se presente dentro de la vigencia.

### **7.2 LIMITE TERRITORIAL**

El presente seguro se refiere única y exclusivamente a actividades realizadas en el territorio Colombiano bajo legislación y jurisdicción Colombianas.

## **8. LIMITE ASEGURADO**

La suma consignada en la carátula de responsabilidad máxima de la Equidad, cualesquiera otra clase de desembolsos, siniestro amparado.

La presente póliza constituye la por un evento o por gastos o que se causen con ocasión de Los sub-límites estipulados para algunos amparos contemplados en la carátula de la presente póliza no incrementan la responsabilidad máxima del asegurado por lo tanto no aumentan el límite asegurado.

**9. PAGO DE LA PRIMA.**

Es obligación del tomador o asegurado pagar la prima dentro del plazo pactado y señalado como fecha máxima de pago en la carátula de la póliza o en sus anexos, o certificados expedidos con fundamento en ella.

Parágrafo -mora.- el no pago de la prima dentro del plazo estipulado en esta póliza o en sus anexos o certificados expedidos con fundamento en ella, producirá la terminación automática del seguro.

**10. OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.**

A. 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.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

## 11. 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.

## 12. DERECHOS DE LA EQUIDAD EN CASO DE SINIESTRO

Cuando ocurra un siniestro, La Equidad podrá:

A. Inspeccionar los edificios, locales o sitios en los que ocurrió el siniestro.

B. Colaborar con el asegurado para evaluar médica y económicamente los perjuicios efectivamente causados y para determinar la causa y consecuencias de los mismos, para lo cual La Equidad se reserva el derecho de examinar a la víctima y de ingresar a los predios asegurados, examinar los libros y demás documentos del tomador/asegurado e historias clínicas relacionadas con el reclamo.

C. Las facultades conferidas a La Equidad por esta condición podrán ser ejercidas por ella en cualquier momento hasta tanto que el tomador/asegurado o la víctima le comuniquen por escrito que renuncia y/o desiste de la reclamación presentada judicial o extrajudicialmente.

El simple ejercicio de las facultades conferidas a La Equidad por la presente condición, no significa aceptación de alguna obligación para el pago de la indemnización, ni tampoco disminuirá los derechos contractuales o legales emanados del presente contrato de seguro.

## 13. OPORTUNIDAD PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-

La Equidad pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el tomador/asegurado o los causahabientes acrediten la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, siempre y cuando La Equidad, dentro de este plazo, no haya hecho objeción válida.

## 14. RETICENCIA, ERRORES E INEXACTITUDES

El tomador/asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo o su agravación. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por la Equidad la hubieran retraído de celebrar el contrato de seguro, dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

## 15. MODIFICACIONES AL ESTADO DEL RIESGO.

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberá notificar por escrito a La Equidad los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, el asegurador podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del tomador/asegurado dará derecho a la equidad a retener la prima no devengada.

## 16. SUBROGACIÓN

En virtud del pago de indemnización, La Equidad se subroga por ministerio de la ley y hasta la concurrencia de su importe, en todos los derechos del tomador/asegurado contra las personas responsables del siniestro. La renuncia por parte del tomador/asegurado a su derecho contra terceros responsables del siniestro le acarrearán la pérdida del derecho a la indemnización.

El tomador/asegurado, a petición de La Equidad, deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsable de los perjuicios que le acarree a La Equidad su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación. En todo caso, si su conducta es de mala fe, perderá el derecho a la indemnización.

## 17. REVOCACIÓN

La póliza podrá ser revocada en los siguientes casos:

- A. Cuando el tomador/asegurado solicite por escrito la revocación a la equidad, en cuyo caso cobrará la prima a prorrata para el tiempo en que el seguro ha estado vigente, más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual.
- B. Diez (10) días después que La Equidad envíe aviso escrito al tomador/asegurado notificando su voluntad de revocar el seguro, en este caso, la equidad le devolverá la prima no devengada, si a ello hubiere lugar.

## 18. NOTIFICACIONES

En cualquier declaración que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección conocida de la otra parte.

También será prueba suficiente de que la notificación ha sido formalizada, la constancia del "recibido" con la firma respectiva del funcionario autorizado de la parte destinataria.

## 19. NULIDAD Y TERMINACIÓN

Adicionales a las causales establecidas en la ley, este seguro se terminará automáticamente en el momento en que el tomador/asegurado sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad y/o profesión.

En caso de que la inhabilidad se refiere a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del tomador/asegurado, el seguro terminará

automáticamente para estas personas, las cuales se consideraran excluidas de la cobertura.

## 20. DEFINICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOBRE RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS.

Esta póliza excluye todo tipo de responsabilidad civil, daño, pérdida o gasto de cualquier naturaleza, así como el lucro cesante que haya sido o sea ocasionado directa o indirectamente (sin importar que otra causa o evento haya contribuido) por, o que consista en, o que surja de, o que esté relacionado con:

1. El no reconocimiento electrónico de la fecha real del calendario.
2. No haber adecuado correctamente el software y/o el hardware para tomar, aplicar, interpretar o reconocer electrónicamente la fecha y hora 0:00 del 01 del mes de enero del año 2000 y las fechas y horas anteriores y subsiguientes ya sea hora, día, mes y año.
3. Cualquier funcionamiento defectuoso, falla, avería o imposibilidad de procesamiento parcial o total, de uno cualquiera de los siguientes elementos, sean o no de propiedad del tomador y/o asegurado.
  - A. Software, hardware, chips o microchips incorporados, circuitos integrados o impresos o dispositivos similares en equipos computarizados o no computarizados.
  - B. Sistemas, procesos, servicios o productos que dependan directa o indirectamente de alguno de los objetos mencionados en el literal a.
4. Cualquier toma u omisión de medidas preventivas o correctivas para remediar, corregir, cambiar o convertir cualquier equipo o aparato médico.
5. Cualquier tipo de asesoramiento, consulta, consejo, diseño, evaluación o inspección relacionados con el reconocimiento de fechas en procesamientos o en operaciones de cualquier naturaleza.
6. La no presentación o la presentación errónea de informes sobre presupuestos, costos, gastos, hechos materiales o efectos



financieros relacionados con medidas para remediar, corregir, cambiar, modificar o convertir cualquiera de los objetos o asuntos mencionados en el numeral 3°. literales a. y b.

*Parágrafo:* los problemas a consecuencia o relativos al reconocimiento electrónico de fechas, incluyendo la de cambio del milenio, para efectos de la presente exclusión significa, entre otros eventos, cualquier falla o error en:

- 1) El reconocimiento electrónico de cualquier fecha real.
- 2) El registro, preservación, conservación, manipulación, interpretación o procedimiento correcto de cualquier dato o base de dato, información, producto, orden, proceso o interpretación que surja como consecuencia de haber tomado cualquier fecha, distinta a la fecha real del calendario.
- 3) El registro, preservación, conservación, manipulación, interpretación, o procedimientos correctos de cualquier dato, producto, proceso u orden que surja como consecuencia del manejo de cualquier información, comando o instrucción programada en cualquier software o red de computadoras, cuando una información, comando o instrucción causela pérdida de datos o la imposibilidad de registrar, preservar, conservar, manipular, interpretar o procesar cualquier dato en una fecha cualquiera.
- 4) Fallas o errores en el cálculo, comparación, diferenciación, secuenciación, procesamiento de datos, así como los cambios, alteraciones o modificaciones en el software, hardware, chips, microchips, circuitos integrados y demás dispositivos o elementos mencionados en el numeral 3°. , literales a. y b., sean o no de propiedad del asegurado, que involucren cualquier cambio de fecha, inclusive el cambio por el año 2000 o años bisiestos.

## **21. CLAUSULAS ADICIONALES**

### **21.1 COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS**

Este seguro cubre de manera automática la responsabilidad civil causada por nuevos equipos adquiridos por el tomador/asegurado, siempre y cuando sean reportados dentro de los 60 días siguientes a su adquisición.

## 21.2 COBERTURA AUTOMÁTICA NUEVOS PREDIOS:

Este seguro cubre de manera automática los nuevos predios adquiridos por el tomador/asegurado, siempre y cuando sean reportados dentro de los 60 días siguientes a su adquisición.

## 22. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de la equidad la ciudad de Bogotá.

2307 2012-1501-NT- ROG0000000000001008

01042010-1501-P-06-0000000000001008





Línea Bogotá

**7 46 0392**

Línea Segura Nacional

**01 8000 919 538**

**Desde su celular marque**



24 horas de los 365 días del año le entregará  
el mejor servicio y toda la atención  
que usted necesita

[www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop)

Descarga Nuestra nueva **app** Equidad Digital,  
Disponible en:



**equidad**  
*seguros generales*

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA756882



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

**DOCUMENTO** Renovacion **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1  
**CERTIFICADO** AA878312 **FORMA DE PAGO** Contado **TELEFONO** 5922929 **USUARIO** MJAIME  
**AGENCIA** WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A. **DIRECCIÓN** Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN				
11	09	2020	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	12:00	11	09	2020
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	12:00	DD	MM	AAAA
				30	08	2020					
				11	09	2020					

### DATOS GENERALES

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **NIT/CC** 860066942  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47 **EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM **TEL/MOVL** 4280666 EXT 15108  
**ASEGURADO** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR **NIT/CC** 860066942  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47 **EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM **TEL/MOVL** 4280666 EXT 15108  
**BENEFICIARIO** TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO **NIT/CC** 00000000021  
**DIRECCIÓN** TODA COLOMBIA **EMAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVL** ....

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

### 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	\$20,664,764.00		\$3,926,305.00	\$24,591,069.00

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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA756882



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>		
11 DD	09 MM	2020 AAAA	DESDE HASTA	DD MM	30 08
11 DD	09 MM	2020 AAAA	HASTA	DD MM	11 09
AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA
2020	2020	2020	2020	2020	2020
HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>			<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>		
11 DD	09 MM	2020 AAAA			

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

SE EMITE PRORROGA SEGUN SOLICITUD DEL ASEGURADO 12 DIAS.

SE EXCLUYEN ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.

Este Suplemento modifica la cobertura bajo:

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:

1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:

a. transmisión de cualquier:

- i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
  - ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,
- por (i) un asegurado, (ii) un contratista independientemente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrenca en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contendere" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:

Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.

Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.

Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.

Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autónomo o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA756882**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1						
<b>CERTICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	MJAIME						
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>							
11 DD	09 MM	2020 AAAA	DESDE HASTA	DD MM	30 08 11 09	AAAA 2020	HORA HORA	12:00 12:00	11 DD	09 MM	2020 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** 80666 EXT 15108

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

Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.

El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.

El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.  
 .....

**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. Compensar y/o filiales y/o como sus  
 NIT 860.066.942

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

**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

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA756882



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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>	
11	09	2020	<b>DESDE</b>	DD	30	<b>MM</b>	08
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	11	<b>MM</b>	09
						<b>AAAA</b>	2020
						<b>HORA</b>	12:00
						<b>HORA</b>	12:00
						<b>AAAA</b>	2020
						<b>AAAA</b>	2020

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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 (descargos en secretaria 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 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

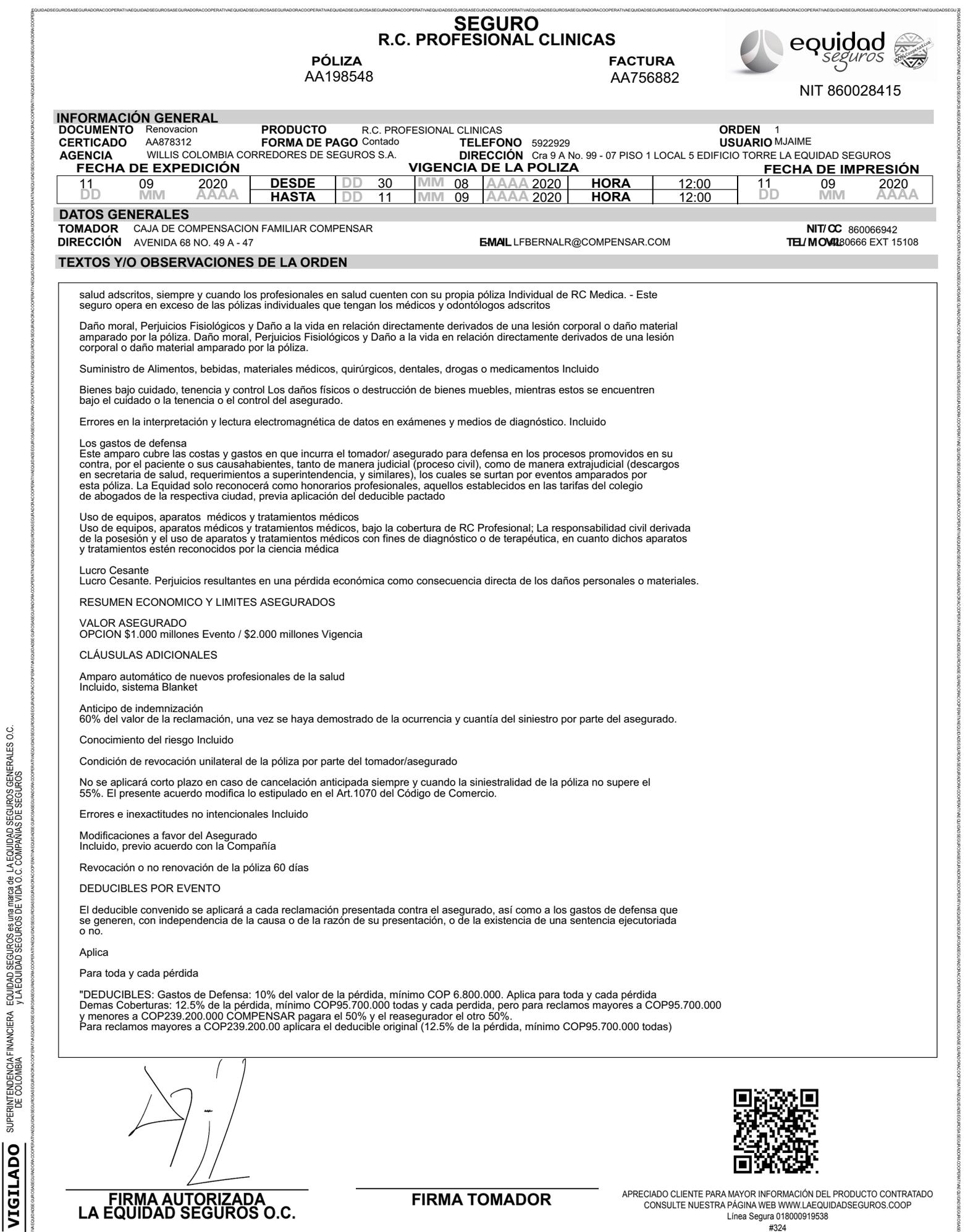
"DEDUCIBLES: Gastos de Defensa: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP 6.800.000. Aplica para toda y cada pérdida  
Demas Coberturas: 12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas y cada perdida, pero para reclamos mayores a COP95.700.000 y menores a COP239.200.000 COMPENSAR pagara el 50% y el reasegurador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

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538



# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA756882



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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>	
11	09	2020	<b>DESDE</b>	DD	30	MM	08
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	11	MM	09
						AAAA	2020
						<b>HORA</b>	12:00
						<b>HORA</b>	12:00
						DD	09
						MM	2020
						AAAA	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

"

**LIMITE TERRITORIAL** Colombia

**JURISDICCIÓN** 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**

"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: Cauciones 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 Cauciones serán cubiertas dentro del Limite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Limite 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

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACION DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA756882



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1						
<b>CERTICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	MJAIME						
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>							
11 DD	09 MM	2020 AAAA	DESDE HASTA	DD MM	30 08	AAAA 2020	HORA HORA	12:00 12:00	11 DD	09 MM	2020 AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVI</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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 esta 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.

### 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 realizarán 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 pagará 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,

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA198548

FACTURA  
AA756882



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1									
<b>CERTICADO</b>	AA878312	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929									
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>								
11	09	2020	<b>DESDE</b>	DD	30	MM	08	AAAA	2020	<b>HORA</b>	12:00	11	09	2020
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	11	MM	09	AAAA	2020	<b>HORA</b>	12:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

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

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA757015



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>		
11	09	2020	DESDE	DD	11
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	25
				MM	09
				AAAA	2020
				HORA	12:00
				HORA	24:00
					11
					09
					2020
					AAAA

**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>	4280666 EXT 15108
<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>	4280666 EXT 15108
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO			<b>NIT/CC</b>	00000000021
<b>DIRECCIÓN</b>	TODA COLOMBIA	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	....

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

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

**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	\$24,108,891.00		\$4,580,689.00	\$28,689,580.00

COASEGURO	
COMPANIA	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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.  
 Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

**VIGILADO**

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA757015



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1						
<b>CERTICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929						
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>							
11 DD	09 MM	2020 AAAA	DESDE HASTA	DD 11 DD 25	MM 09 MM 09	AAAA 2020 AAAA 2020	HORA HORA	12:00 24:00	11 DD	09 MM	2020 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** 80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

SE EMITE PRORROGA SEGUN SOLICITUD DEL ASEGURADO 14 DIAS  
 \*\*\*\*\*

SE EXCLUYEN ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.

Este Suplemento modifica la cobertura bajo:

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:

1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:

a. transmisión de cualquier:

- i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
- ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia, por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contendere" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:

Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.

Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.

Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.

Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autónomo o estatal,

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA757015**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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>	
11 DD	09 MM	2020 AAAA	<b>DESDE</b> HASTA	DD 11 MM 09	AAAA 2020 AAAA 2020
				<b>HORA</b> HORA	12:00 24:00
					11 DD
					09 MM
					2020 AAAA

**DATOS GENERALES**

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/ MOVIL</b>	80666 EXT 15108

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

u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia.

Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.

El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.

El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.  
\*\*\*\*\*

**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      Compensar y/o filiales y/o como sus  
intereses aparezcan.  
NIT      860.066.942

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

**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**

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA757015



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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>	
11	09	2020	<b>DESDE</b>	DD	11	MM	09
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	25	MM	09
						AAAA	2020
						<b>HORA</b>	12:00
						<b>HORA</b>	24:00
						DD	MM
						AAAA	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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 (descargos 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 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  
Demás Coberturas: 12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas y cada perdida, pero para reclamos mayores a COP95.700.000

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA198548

FACTURA  
AA757015



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1									
<b>CERTIFICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	MJAIME									
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>								
11	09	2020	DESDE	DD	11	MM	09	AAAA	2020	HORA	12:00	11	09	2020
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	25	MM	09	AAAA	2020	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

JURISDICCIÓN 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

"Ampliación de la cobertura a tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines de planificación familiar, teniendo en cuenta que COMPENSAR realiza procedimientos tales como vasectomias, 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 adelante 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

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA757015**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>	
11 DD	09 MM	2020 AAAA	DESDE HASTA	DD MM	11 MM
				11 MM	09 MM
				AAAA 2020	AAAA 2020
				HORA HORA	12:00 24:00
					11 DD
					09 MM
					2020 AAAA

**DATOS GENERALES**

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/ MOVIL</b>	80666 EXT 15108

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

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.

**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 prorata 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.

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA198548

FACTURA  
AA757015



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				<b>ORDEN</b>	1						
<b>CERTIFICADO</b>	AA878469	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado				<b>USUARIO</b>	MJAIME						
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<b>DIRECCIÓN</b>	Gra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS			<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>						
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>			<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>							
11	09	2020	<b>DESDE</b>	DD	11	MM	09	AAAA	2020	<b>HORA</b>	12:00	11	09	2020
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	25	MM	09	AAAA	2020	<b>HORA</b>	24:00	DD	MM	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** 80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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 terminará 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 afectará 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



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

#324

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

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA758718



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA880219	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>		
30	09	2020	DESDE	DD	25
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	25
				MM	09
				AAAA	2020
				HORA	24:00
				HORA	24:00
				DD	30
				MM	09
				AAAA	2020

**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>	4280666 EXT 15108
<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>	4280666 EXT 15108
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO			<b>NIT/CC</b>	00000000021
<b>DIRECCIÓN</b>	TODA COLOMBIA	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVL</b>	....

**DESCRIPCIÓN DEL RIESGO**

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

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 PESOS	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 PESOS	\$ .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	\$693,750,000.00		\$131,812,500.00	\$825,562,500.00

COASEGURO	
COMPANIA	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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
 EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.  
 Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

**VIGILADO**

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA758718



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA880219	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.			<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>	
30 DD	09 MM	2020 AAAA	<b>DESDE</b>	DD	25 MM	09 MM	2020 AAAA
			<b>HASTA</b>	DD	25 MM	09 MM	2021 AAAA
			<b>HORA</b>			<b>HORA</b>	24:00
					<b>HORA</b>	24:00	

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

### RENOVACION

TIPO: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

TOMADOR /

ASEGURADO: COMPENSAR. Caja de Compensación Familiar y Consorcio Compensar y filiales y como sus intereses aparezcan.

NIT: 860.066.942.

BENEFICIARIO: Terceros afectados

VIGENCIA: Desde: 25 de Septiembre de 2020 a las 24:00 Horas

Hasta: 25 de Septiembre de 2021 a las 24:00 Horas

### DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

DEL ASEGURADO: Caja de Compensación Familiar, EPS y demás de acuerdo con su objeto social

### DIRECCIÓN

COMERCIAL: Avenida 68 No. 49 A 47 Bogotá

### INTERES

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: Fecha de Retroactividad: 30 de noviembre de 2006

### CONDICIONES DE

SEGURO:

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, 60 días, como se anexa.
  3. Cláusula de Sanciones LMA 3100, como se anexa.
  4. Endoso de Exclusión de Guerra y Terrorismo NMA2919, como se anexa
  5. No renovación tacita o automática como en la póliza original
  6. Siniestros a ser notificados a Willis Corredores de Reaseguros S.A. en la dirección Avenida Calle 26 No.59-41 Piso 6, Bogotá, Colombia.
- 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

LIMITE ASEGURADO: COP 1.000.000.000 por evento y COP 2.000.000.000 vigencia anual

DEDUCIBLES: Gastos de Defensa: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP 6.800.000. Aplica para toda y cada pérdida

Demás Coberturas: 12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas y cada pérdida, 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 COP239.200.000 aplicara el deducible original (12.5% de la pérdida, mínimo COP95.700.000 todas)

### CLAUSULADO

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

### AMPAROS:

- Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y 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.
- Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos
- 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.
- 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. Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

#324

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA758718



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS		<b>ORDEN</b>	1								
<b>CERTICADO</b>	AA880219	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado		<b>USUARIO</b>	MJAIME								
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>								
30	09	2020	DESDE	DD	25	MM	09	AAAA	2020	HORA	24:00	30	09	2020
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	25	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	DD	MM	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** 80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

### CLAUSULAS Y CONDICIONES ADICIONALES:

- Amparo automático de nuevos profesionales de la salud, sistema Blanket
- Ampliación del plazo de aviso de siniestro 60 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer
- 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
- 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
- Modificaciones a favor del Asegurado, previo acuerdo con la Compañía
- Revocación o no renovación de la póliza, 90 días
- 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.
- La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones 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
- Se extiende a amparar las decisiones dadas por el Comité Técnico Científico y su grupo de apoyo, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario
- Se extiende a amparar las decisiones dadas por los Auditores Médicos, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario.
- 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 a los profesionales en salud propios
- Se extiende a amparar practicantes y aprendices
- Este seguro opera en exceso de las pólizas individuales que tengan los médicos y odontólogos adscritos
- 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.
- Exclusión de Enfermedad Contagiosa y Pandemia, como se anexa
- Protocolo de Atención a Reclamaciones de Mala Praxis, como se anexa

**LIMITE TERRITORIAL:** Colombia  
**LEY Y JURISDICCIÓN:** Colombia  
**PRIMA ANTES DE IVA COP** 693.750.000 al 100% por el 100% del periodo

**PAGO DE PRIMA:** 45 días desde inicio de vigencia  
**DIRECCIÓN**

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

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
 Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA811358



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1									
<b>CERTIFICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30.	<b>USUARIO</b>	CMENA									
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>								
29	09	2021	DESDE	DD	25	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	29	09	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12	AAAA	2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

### 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/MOVI</b>	4280666 EXT 15108
<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/MOVI</b>	4280666 EXT 15108
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	21
<b>DIRECCIÓN</b>	TODA COLOMBIA	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVI</b>	....

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION CANAL DE VENTA	OFICINA DE CAJA DE COMEPESACION BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. AV 68 # 49A-47 Directo

### COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$2,000,000,000.00	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 Pesos	\$ .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	\$961,972,603.00		\$182,774,795.00	\$1,144,747,398.00

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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

A-11

[Firma]

Carlos Mauricio Vásquez Páez (29 Sep. 2021 18:29 CDT)



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA811358



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30, 60, 90, 120, 180, 240, 360, 480, 600, 720, 840, 960, 1080, 1200, 1320, 1440, 1560, 1680, 1800, 1920, 2040, 2160, 2280, 2400, 2520, 2640, 2760, 2880, 3000, 3120, 3240, 3360, 3480, 3600, 3720, 3840, 3960, 4080, 4200, 4320, 4440, 4560, 4680, 4800, 4920, 5040, 5160, 5280, 5400, 5520, 5640, 5760, 5880, 6000, 6120, 6240, 6360, 6480, 6600, 6720, 6840, 6960, 7080, 7200, 7320, 7440, 7560, 7680, 7800, 7920, 8040, 8160, 8280, 8400, 8520, 8640, 8760, 8880, 9000, 9120, 9240, 9360, 9480, 9600, 9720, 9840, 9960, 10080, 10200, 10320, 10440, 10560, 10680, 10800, 10920, 11040, 11160, 11280, 11400, 11520, 11640, 11760, 11880, 12000	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>	
29 DD	09 MM	2021 AAAA	<b>DESDE</b>	DD	25 MM
			<b>HASTA</b>	DD	31 MM
				MM	09 AAAA
				AAAA	2021
				<b>HORA</b>	24:00
				<b>HORA</b>	24:00
				DD	09
				MM	2021
				AAAA	AAAA

## DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

### 1. DETALLES DEL RIESGO

TIPO: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

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

**BENEFICIARIO:** Terceros afectados

**VIGENCIA:** Desde: 25 de septiembre de 2021 a las 24:00 Horas  
Hasta: 31 de diciembre 2022 a las 24:00 Horas

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

**DIRECCIÓN COMERCIAL:** Avenida 68 No. 49 A 47 Bogotá

**INTERES 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:** Fecha de Retroactividad: 30 de noviembre de 2006

### CONDICIONES DE SEGURO:

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

- Cláusula de Cooperación de Reclamos, como se anexa.
- Cláusula de Sanciones LMA 3100, como se anexa.
- Endoso de Exclusión de Guerra y Terrorismo NMA2919, como se anexa
- No renovación tacita o automática como en la póliza original
- Siniestros a ser notificados a Willis Corredores de Reaseguros S.A. en la dirección Avenida Calle 26 No.59-41 Piso 6, Bogotá, Colombia.
- Exclusión de Cyber - como se adjunta

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.

**LIMITE ASEGURADO:** COP 1.000.000.000 por evento y COP 2.000.000.000 vigencia anual

**DEDUCIBLES:** Gastos de Defensa: 10% del valor de la pérdida, mínimo COP 6.800.000. Aplica para toda y cada pérdida

Demás 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)

### CLAUSULADO

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

### AMPAROS:

- Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos.
- 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, siempre y cuando se trate de actividades desarrolladas en nombre del Tomador, y que los profesionales en salud cuenten con su propia póliza Individual de RC Medica. Este amparo, opera en exceso de las pólizas individuales que tengan los profesionales en salud adscritos al Tomador y en desarrollo de

Carlos Mauricio Vásquez Páez (17 Sep. 2021 18:29 CDT)



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

**FIRMA TOMADOR**

ABRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA811358**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1						
<b>CERTICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30, 60, 90 dias	<b>USUARIO</b>	CMENA						
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>							
29 DD	09 MM	2021 AAAA	DESDE HASTA	DD 25 DD 31	MM 09 MM 12	AAAA 2021 AAAA 2022	HORA HORA	24:00 24:00	29 DD	09 MM	2021 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** 80666 EXT 15108

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

las actividades del Tomador  
 - 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 - 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.  
 - 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. Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.

**CLAUSULAS Y CONDICIONES ADICIONALES:**

- Amparo automático de nuevos profesionales de la salud, sistema Blanket
- Ampliación del plazo de aviso de siniestro 60 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer
- 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
- 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
- Modificaciones a favor del Asegurado, previo acuerdo con la Compañía
- Revocación o no renovación de la póliza, 90 días
- 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.
- La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Limite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Limite 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
- Se extiende a amparar las decisiones dadas por el Comité Técnico Científico y su grupo de apoyo, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario
- Se extiende a amparar las decisiones dadas por los Auditores Médicos, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario.
- 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 a los profesionales en salud propios
- Se extiende a amparar practicantes y aprendices
- Este seguro opera en exceso de las pólizas individuales que tengan los médicos y odontólogos adscritos
- 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.
- Exclusión de Enfermedad Contagiosa y Pandemia, como se anexa
- Protocolo de Atención a Reclamaciones de Mala Praxis, como se anexa

LIMITE TERRITORIAL: Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN: Colombia

PRIMA ANTES DE IVA :  
 o PRIMA ANTES DE IVA: 25/9/2021 hasta el 31/12/2022: \$961.972.603

**2. CLÁUSULAS Y TEXTOS**

**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

Carlos Mauricio Vásquez Páez (29 Sep. 2021 18:29 CDT)



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538  
 #324

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA811358**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30, 60, 90 días	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS	<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	29/09/2021
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	29/09/2021	<b>DESDE</b>	DD 25 MM 09 AAAA 2021	<b>HORA</b>	24:00
		<b>HASTA</b>	DD 31 MM 12 AAAA 2022	<b>HORA</b>	24:00
		<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	29/09/2021		

**DATOS GENERALES**

**TOMADOR** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
**DIRECCIÓN** AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
**EMAIL** LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
**NIT/CC** 860066942  
**TEL/MOVIL** 80666 EXT 15108

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

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 60 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.

**ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO (modificada)**

No obstante cualquier provisión en contrario dentro de este seguro o cualquier endoso a este se conviene que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto o de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, resultante de o en conexión con cualquiera de los siguientes sin importar cualquier otra causa o evento que contribuya concurrentemente o en cualquier secuencia a la pérdida;

1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya o no declarado Guerra), Guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil, asumiendo las proporciones o remontándose a un levantamiento, usurpamiento de poder militar; o

2) cualquier acto de terrorismo.

Para efectos de este endoso, acto de terrorismo significa un acto que incluye pero no limitado a el uso de la fuerza o violencia y/o la amenaza de esta, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solos o en nombre de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), comprometidos con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influenciar al gobierno y/o de atemorizar al público o a una parte de éste.

Este endoso también excluye la pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza causadas directamente o indirectamente por, resultante de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o en cualquier forma relacionada con (1) y/o (2) arriba indicado.

Si los aseguradores alegan que en razón a esta exclusión, cualquier pérdida, daño, costo o gasto no se cubre por este seguro la carga de demostrar lo contrario estará en el asegurado.

En todo caso es acordado que el párrafo (2) cualquier acto de terrorismo, arriba mencionado no aplicará a la Cláusula de seguro 2 (Predios) y 3 (Tránsito) de la Sección A Póliza Global Bancaria donde tal pérdida de Propiedad resulte directamente de hurto, latrocinio, atraco o robo por cualquier persona (s) natural que surja de o en relación con tal persona natural involucrada de manera real o presunta en terrorismo o en conexión con el mismo a, o en asociación con otros que se encuentran involucrados o en conexión con el Terrorismo.

En el evento que cualquier porción de este endoso se encuentre no ser válido o inaplicable, el resto permanecerá en toda su vigencia y efecto.  
NMA2919

**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.

LMA 3100  
15 de Septiembre de 2010

**EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA**

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:

1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula. EXCLUSIONES:

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:

a. transmisión de cualquier:

Carlos Mauricio Vásquez Páez (09 Sep. 2021 18:29 CDT)



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

**FIRMA TOMADOR**

PRESENCIA DEL CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTEN NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA198548**

**FACTURA  
AA811358**



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30, <b>TELÉFONO</b> 5922929	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>	
29 DD	09 MM	2021 AAAA	<b>DESDE</b>	DD	25
			<b>HASTA</b>	DD	31
				MM	09
				AAAA	2021
				AAAA	2022
			<b>HORA</b>	<b>HORA</b>	24:00
					24:00
				DD	09
				MM	2021
				AAAA	AAAA

**DATOS GENERALES**

<b>TOMADOR</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	<b>NIT/CC</b>	860066942
<b>DIRECCIÓN</b>	AVENIDA 68 NO. 49 A - 47	<b>EMAIL</b>	LFBERNALR@COMPENSAR.COM
		<b>TEL/MOVIL</b>	80666 EXT 15108

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

i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o  
ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia,  
por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contender" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:  
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. Enfermedad contagiosa incluye Enfermedad contagiosa enumerada.

Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.

Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una Enfermedad contagiosa que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha Enfermedad contagiosa por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo. Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a

Carlos Mauricio Vásquez Páez (29 Sep. 2021 18:29 CDT)



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

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538

compañía  
Jurídica

#324

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AA811358



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA939569	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado Cuota a 30, 60, 90 días	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>AGENCIA</b>	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.		<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>	
29 DD	09 MM	2021 AAAA	DESDE HASTA	DD MM	AAAA
			25 31	09 12	2021 2022
				<b>HORA</b>	<b>HORA</b>
				24:00	24:00
					29 DD
					09 MM
					2021 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** 80666 EXT 15108

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico o estatal, u otra ley aplicable, con respecto a cualquier reclamación derivada de la prestación de servicios médicos en relación con o en respuesta a cualquier declaración de Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia. Pandemia significa una Epidemia, que la Organización Mundial de la Salud ha declarado, valorado o caracterizado como una pandemia en cualquier declaración pública.

El resto de términos y condiciones de esta Póliza permanecen inalterados.

El tomador del seguro manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de este Suplemento y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas en letra negrita, pudieran ser limitativas de derechos. Y para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el tomador del seguro firma a continuación.

### PROTOCOLO DE ATENCIÓN A RECLAMACIONES DE MALA PRAXIS

El protocolo de atención de reclamaciones tiene por objetivo establecer las reglas que se aplicarán a todo el trámite de las reclamaciones presentadas bajo la póliza de RC médica del ASEGURADO.

Igualmente, establecer la forma en que serán tramitadas las notificaciones de hechos o circunstancias que puedan devenir en un futuro reclamo o reclamaciones judiciales y extrajudiciales, de manera que se cumpla con la obligación de dar aviso al reasegurador, dentro de los 30 días siguientes a que LA CEDENTE conozca del hecho, circunstancia o reclamación formal.

### REGLAS DE PRESCRICIÓN:

Sin perjuicio de la aplicación de las normas de orden público que regulan el tema, se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

a. Conciliaciones: En caso de que se cite a audiencia de conciliación, la prescripción correrá a partir de la fecha de la primera citación o la fecha en que el asegurado supo por primera vez que se realizará una conciliación.

1 Entendiendo reclamación en sentido amplio, esto es: cualquier aviso de hecho o circunstancia que pueda devenir en un siniestro o, reclamación presentada formalmente al asegurado, de manera judicial o extrajudicial.

b. Demandas: En caso de demanda, la prescripción correrá desde la notificación del auto admisorio de la demanda al Asegurado o desde la fecha en que el asegurado supo por primera vez de la demanda. Esta regla también se aplicará en los casos en los que la conciliación se declare fallida y el proceso judicial continúe.

### EXCLUSION DE DAÑOS CIBERNÉTICOS

DERIVADA DE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR, QUE RESULTE DE, O QUE SURJA, ESTÉ BASADO EN O SEA ATRIBUIBLE A CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER ACCIÓN REALIZADA PARA CONTROLAR, EVITAR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS.

#### Definiciones:

ACTUACIÓN CIBERNÉTICA: A CUALQUIER, REAL O PRESUNTA, ACCIÓN NO AUTORIZADA, MALINTENCIONADA O DELICTIVA, ASÍ COMO A CUALQUIER SERIE RELACIONADA DE ACCIONES NO AUTORIZADAS, MALINTENCIONADAS O DELICTIVAS, O LA AMENAZA O ENGAÑO EN RELACIÓN A LAS MISMAS, CON INDEPENDENCIA DEL LUGAR Y TIEMPO DE OCURRENCIA Y DE SI DAN O NO LUGAR A ACCESO, TRATAMIENTO, DIVULGACIÓN, UTILIZACIÓN, SUSPENSIÓN O USO DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO O DATOS.

#### INCIDENTE CIBERNÉTICO SIGNIFICA:

- (a) CUALQUIER, REAL O SUPUESTO, ERROR, OMISIÓN O ACCIDENTE, O SERIES RELACIONADAS DE DICHOS ERRORES, OMISIONES O ACCIDENTES, RESPECTO DE UN SISTEMA INFORMÁTICO;
- (b) CUALQUIER FALTA DE DISPONIBILIDAD O FALLO, TOTAL O PARCIAL, O SERIES RELACIONADAS DE LOS MISMOS, PARA ACCEDER, PROCESAR, UTILIZAR U OPERAR UN SISTEMA INFORMÁTICO; O
- (c) CUALQUIER VIOLACIÓN O INFRACCIÓN DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD EN RELACIÓN A DATOS, VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS HARÁ REFERENCIA AL ROBO, PÉRDIDA O ACCESO NO AUTORIZADO, YA SEA REAL O PRESUNTO, DE DATOS QUE SE ENCUENTREN BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO O DE UN TERCERO, PERO DE CUYO ROBO, PÉRDIDA O ACCESO NO AUTORIZADO SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

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

Carlos Mauricio Vásquez Páez (29 Sep. 2021 18:29 CDT)

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
Línea Segura 018000919538



#324

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AB042678



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS		<b>ORDEN</b>	1	
<b>CERTICADO</b>	AB040956	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	JSOLANO
<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>	
30	12	2022	DESDE	DD	31	MM	12
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12
						AAAA	2023
						HORA	24:00
						HORA	24:00
						DD	30
						MM	12
						AAAA	2022

### 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 COMEPESACION BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. 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	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	12.50%	95,700,000.00 Pesos	\$ .00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	6,800,000.00 Pesos	\$ .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	\$874,000,000.00		\$166,060,000.00	\$1,040,060,000.00

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  
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. Y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

**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  
AB042678**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AB040956	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929
<b>AGENCIA</b>	BOGOTA CALLE 100	<b>DIRECCIÓN</b>	Gra 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>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>DESDE</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>
30	12	2022	31	12	2022
<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>HASTA</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>
			31	12	2023
			<b>HORA</b>	<b>HORA</b>	
			24:00	24:00	
					<b>DD</b>
					<b>MM</b>
					<b>AAAA</b>
					30
					12
					2022

**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**

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-000000000001008

**1. DETALLES DEL RIESGO**

TIPO: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

TOMADOR / ASEGURADO: COMPENSAR. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR Y CONSORCIO COMPENSAR Y FILIALES Y COMO SUS INTERESES APAREZCAN.

NIT: 860.066.942.

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

VIGENCIA: DESDE: 31 DE DICIEMBRE 2022 A LAS 24:00 HORAS

HASTA: 31 DE DICIEMBRE 2023 A LAS 24:00 HORAS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS Y DEMÁS DE ACUERDO CON SU OBJETO SOCIAL

DIRECCIÓN COMERCIAL: AVENIDA 68 NO. 49 A 47 BOGOTÁ

INTERES ASEGURADO: INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN QUE INCURRA CON RELACION 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: FECHA DE RETROACTIVIDAD: 30 DE NOVIEMBRE DE 2006

LIMITE ASEGURADO: COP 1.000.000.000 POR EVENTO Y COP 2.000.000.000 VIGENCIA ANUAL

DEDUCIBLES: GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP 6.800.000. APLICA PARA TODA Y CADA PÉRDIDA

DEMÁS 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 COP239.200.000 APLICARA EL DEDUCIBLE ORIGINAL (12.5% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO COP95.700.000 TODAS)

CLAUSULADO APLICABLE: PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD

**AMPAROS:**

- SE EXTIENDE A AMPARAR TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PROPIOS Y ADSCRITOS
- 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, SIEMPRE Y CUANDO SE TRATE DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN NOMBRE DEL TOMADOR, Y QUE LOS PROFESIONALES EN SALUD CUENTEN CON SU PROPIA PÓLIZA INDIVIDUAL DE RC MEDICA. ESTE AMPARO, OPERA EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS INDIVIDUALES QUE TENGAN LOS PROFESIONALES EN SALUD ADSCRITOS AL TOMADOR Y EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL TOMADOR
- 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
- 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.
- 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 DICHS APARATOS Y TRATAMIENTOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

- LUCRO CESANTE. PERJUICIOS RESULTANTES EN UNA PÉRDIDA ECONÓMICA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LOS DAÑOS PERSONALES O MATERIALES.

- GASTOS DE DEFENSA: ESTE AMPARO CUBRE LOS HONORARIOS, COSTES Y GASTOS RAZONABLES Y NECESARIAMENTE INCURRIDOS POR O EN NOMBRE DE UN ASEGURADO PARA LA INVESTIGACIÓN, DEFENSA, ACUERDO O RECURSO DE UNA RECLAMACIÓN CUBIERTA INCLUYENDO LOS COSTES Y GASTOS INCURRIDOS EN PERITAJES, INVESTIGACIONES Y ASESORAMIENTO LEGAL.

CLAUSULAS Y CONDICIONES ADICIONALES:

**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  
AB042678**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1					
<b>CERTIFICADO</b>	AB040956	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	JSOLANO					
<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>						
30 DD	12 MM	2022 AAAA	DESDE HASTA	DD 31 MM 12	AAAA 2022 AAAA 2023	HORA HORA	24:00 24:00	30 DD	12 MM	2022 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**

- AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PROFESIONALES DE LA SALUD, SISTEMA BLANKET
- AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE AVISO DE SINIESTRO 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LO HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER
- 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
- 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
- MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO, PREVIO ACUERDO CON LA COMPAÑÍA
- REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, 90 DÍAS
- 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.

LA PÓLIZA AMPARA: CAUCIONES JUDICIALES: LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ EL COSTO DE LAS CAUCIONES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA. LAS CAUCIONES 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 COMPAÑÍA 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
- SE EXTIENDE A AMPARAR LAS DECISIONES DADAS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO Y SU GRUPO DE APOYO, SIEMPRE Y CUANDO LE CAUSE UN PERJUICIO DEMOSTRABLE AL USUARIO
- SE EXTIENDE A AMPARAR LAS DECISIONES DADAS POR LOS AUDITORES MÉDICOS, SIEMPRE Y CUANDO LE CAUSE UN PERJUICIO DEMOSTRABLE AL USUARIO.
- 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 A LOS PROFESIONALES EN SALUD PROPIOS
- SE EXTIENDE A AMPARAR PRACTICANTES Y APRENDICES
- ESTE SEGURO OPERA EN EXCESO DE LAS PÓLIZAS INDIVIDUALES QUE TENGAN LOS MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS ADSCRITOS
- 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.
- EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA, COMO SE ANEXA
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A RECLAMACIONES DE MALA PRAXIS, COMO SE ANEXA
- PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN: EL TOMADOR/ASEGURADO O EL TERCERO DAMNIFICADO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA EN CASO DE QUE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE, SI EN APOYO DE ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.
- ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO ORIGINAL: O COMUNICAR A LA ASEGURADORA LA OCURRENCIA DE CUALQUIER EVENTO QUE PUEDA DAR LUGAR AL PAGO DE INDEMNIZACIÓN BAJO LA PÓLIZA ORIGINAL, 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.
- O CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR LA PÓLIZA ORIGINAL, EL TOMADOR/ ASEGURADO TIENEN LA OBLIGACIÓN DE EMPLEAR LOS MEDIOS DE QUE DISPONGA PARA IMPEDIR SU EXPANSIÓN O PROGRESO.
- O ACOMPAÑAR LAS PRUEBAS LEGALES PERTINENTES (DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS, FACTURAS, ETC.), Y COMUNICAR POR ESCRITO A LA ASEGURADORA 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.

O 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.

LÍMITE TERRITORIAL: COLOMBIA  
 LEY Y JURISDICCIÓN: COLOMBIA  
 PRIMA ANTES DE IVA: COP 874.000.000

PAGO DE PRIMA: 60 DÍAS DESDE INICIO DE VIGENCIA

SUBJETIVIDADES: TRABAJAR JUNTO CON EL REASEGURADOR PARA CERRAR LA MAYOR CANTIDAD POSIBLE DE LOS RECLAMOS DE AÑOS PASADOS, CON UNA REUNIÓN O CON UNA ACTUALIZACIÓN DE RECLAMOS DE LOS AÑOS ANTERIORES.

**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  
AB042678**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AB040956	<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>	
30 DD	12 MM	2022 AAAA	DESDE HASTA	DD 31 MM 12	AAAA 2022 AAAA 2023
			HORA	24:00 24:00	
					30 DD
					12 MM
					2022 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**

**2. CLÁUSULAS Y TEXTOS**

**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:

- o 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 60 DÍAS DE DICHO CONOCIMIENTO Y
- o 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;
- o C) NO SE REALIZARÁN 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.

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA

COMO CONTRAPRESTACIÓN A LA PRIMA PACTADA EN LA PÓLIZA, POR LA PRESENTE SE ENTIENDE Y ACUERDA QUE:

1. SE AÑADE LA SIGUIENTE EXCLUSIÓN A LA CLÁUSULA. EXCLUSIONES:

ENFERMEDAD CONTAGIOSA, EPIDEMIA Y PANDEMIA

DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DERIVADA DE, BASADA EN, EN RELACIÓN CON, RESULTANTE DE, CONTRIBUIDA POR O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, EN TODO O EN PARTE, A CUALQUIER REAL, ALEGADA O SOSPECHADA:

o A. TRANSMISIÓN DE CUALQUIER:

- i I. ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA, O
- ii II. ENFERMEDAD CONTAGIOSA, QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA,

POR (I) UN ASEGURADO, (II) UN CONTRATISTA INDEPENDIENTE QUE PRESTA SERVICIOS A, PARA O EN NOMBRE DE UN ASEGURADO, (III) UN PACIENTE, O (IV) UN VISITANTE, A CUALQUIER OTRA PERSONA;

B. LIMITAR O DENEGAR LA ATENCIÓN MÉDICA DEBIDO A LA FALTA, ESCASEZ, DISPONIBILIDAD LIMITADA, O POR SEGUIR LAS DIRECTRICES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO; O LA IMPOSIBILIDAD DE CONSEGUIR, OBTENER O CONSERVAR CUALQUIER MEDICAMENTO, PERSONAL, EQUIPO O SUMINISTROS QUE REAL O SUPUESTAMENTE OCURRAN EN RELACIÓN CON O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA; SIN EMBARGO, CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SURJA DE O CONCERNIENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO PRESTADO O NO PRESTADO A UN PACIENTE BAJO EL CUIDADO DE UN ASEGURADO, ESTA SUBSECCIÓN (B) SE APLICARÁ ÚNICAMENTE CON RESPECTO A CUALQUIER PACIENTE QUE SE SOSPECHE QUE TIENE O HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA QUE CONSTITUYA UNA PANDEMIA.

C. EL USO, CONTRATACIÓN, RETENCIÓN O SUPERVISIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS QUE CAREZCAN O SUPUESTAMENTE CAREZCAN DE LICENCIA, CREDENCIAL, PRIVILEGIOS O REGISTRO EN INCUMPLIMIENTO DE LAS REGULACIONES U OTRAS LEYES VIGENTES EN EL MOMENTO DEL SUPUESTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OCURRENCIA EN RELACIÓN CON CUALQUIER ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA;

D. LA RESPONSABILIDAD CIVIL O CUALQUIER OTRO TIPO DE RESPONSABILIDAD DERIVADA, O LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE CUALQUIER ASEGURADO PARA O CON CUALQUIER OTRO ASEGURADO, CO-ACUSADO/CO-DEMANDADO, ENTIDAD MERCANTIL, NEGOCIO, FABRICANTE, PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA, PERSONA O ENTIDAD GUBERNAMENTAL A LA QUE SE LE HAYA CONCEDIDO, GOCE, RECLAME O AFIRME LA INMUNIDAD;

E. NO ACTUAR DE BUENA FE, CON NEGLIGENCIA GRAVE, O DOLO QUE RESULTE EN LA PÉRDIDA DE LA INMUNIDAD. SIN EMBARGO, ESTA SUBSECCIÓN E. NO SE APLICARÁ A LOS GASTOS DE DEFENSA RELACIONADOS CON CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE TENGA RELACIÓN CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO HASTA QUE SE DICTE UNA RESOLUCIÓN FIRME, O UNA DECISIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE O CONDENA CONTRA EL ASEGURADO, O UNA ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ESCRITO DEL ASEGURADO ASUMIENDO DICHA CONDUCTA, O BIEN UNA DECLARACIÓN DE "NOLO CONTENDERÉ" O DE QUE NO ACEPTA NI RECHAZA LA RESPONSABILIDAD DE LOS HECHOS QUE SE LE DEMANDAN O IMPUTAN, EN CUYO MOMENTO EL ASEGURADO

DEBERÁ REEMBOLSAR A LOS ASEGURADORES TODOS LOS GASTOS DE DEFENSA INCURRIDOS Y LOS ASEGURADORES NO TENDRÁN NINGUNA OTRA RESPONSABILIDAD POR GASTOS DE DEFENSA.

2. A LOS EFECTOS DE ESTE SUPLEMENTO, SE AÑADEN LAS SIGUIENTES DEFINICIONES:

ENFERMEDAD CONTAGIOSA SIGNIFICA UNA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN DE LA SALUD CAUSADA POR LA INFECCIÓN, PRESENCIA Y CRECIMIENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS PATÓGENOS EN UN HUESPED HUMANO U OTRO ANIMAL, INCLUYENDO A TÍTULO ENUNCIATIVO PERO NO LIMITATIVO CUALQUIER BACTERIA, VIRUS, MOHO, HONGO, PARÁSITO U OTRO VECTOR, Y CUYOS AGENTES BIOLÓGICOS O SUS TOXINAS SE TRANSMITEN DIRECTA O INDIRECTAMENTE A PERSONAS INFECTADAS POR CONTACTO FÍSICO CON UNA PERSONA INFECCIOSA, CONSUMIENDO ALIMENTOS O BEBIDAS CONTAMINADOS, CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES CONTAMINADOS, CONTACTO CON OBJETOS INANIMADOS CONTAMINADOS, INHALACIÓN, MORDIDA DE UN ANIMAL INFECTADO, INSECTO O GARRAPATA O CUALQUIER OTRO MEDIO. ENFERMEDAD CONTAGIOSA INCLUYE ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA.

ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA SIGNIFICA LA ENFERMEDAD DEL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19), CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD CAUSADA POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS 2 (SARS-COV 2), O CUALQUIER ENFERMEDAD CAUSADA POR CUALQUIER MUTACIÓN

**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  
AB042678**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1					
<b>CERTIFICADO</b>	AB040956	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	JSOLANO					
<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>						
30 DD	12 MM	2022 AAAA	DESDE HASTA	DD 31 MM 12	AAAA 2022 AAAA 2023	HORA HORA	24:00 24:00	30 DD	12 MM	2022 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**

O VARIACIÓN DE TAL ENFERMEDAD.

EPIDEMIA SIGNIFICA LA OCURRENCIA GENERALIZADA DE UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA QUE AFECTA A UN NÚMERO ELEVADO DE PERSONAS QUE CONSTITUYA UN AUMENTO EN EL NÚMERO DE CASOS DE DICHA ENFERMEDAD CONTAGIOSA POR ENCIMA DE LO QUE NORMALMENTE SE ESPERA DENTRO DE UNA POBLACIÓN, COMUNIDAD O REGIÓN DURANTE UN DETERMINADO PERÍODO DE TIEMPO.  
 INMUNIDAD SIGNIFICA TODA EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD FRENTE A CUALQUIER RECLAMACIÓN O DEMANDA O RESPONSABILIDAD, LIMITACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD  
 U OTRA PROTECCIÓN JURÍDICA CONTRA LA RESPONSABILIDAD CIVIL O PENAL OTORGADA A CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY, REGLAMENTO, ORDENANZA, DECRETO, DECLARACIÓN DE CUALQUIER ORGANISMO AUTONÓMICO O ESTATAL, U OTRA LEY APLICABLE, CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN RELACIÓN CON O EN RESPUESTA A CUALQUIER DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA O PANDEMIA.  
 PANDEMIA SIGNIFICA UNA EPIDEMIA, QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD HA DECLARADO, VALORADO O CARACTERIZADO COMO UNA PANDEMIA EN CUALQUIER DECLARACIÓN PÚBLICA.  
 EL RESTO DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA PERMANECEN INALTERADOS.  
 EL TOMADOR DEL SEGURO MANIFIESTA QUE HA LEÍDO, EXAMINADO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO Y ALCANCE DE TODAS LAS CLÁUSULAS DE ESTE SUPLEMENTO Y, ESPECIALMENTE, AQUELLAS QUE, DEBIDAMENTE RESALTADAS EN LETRA NEGRITA, PUDIERAN SER LIMITATIVAS DE DERECHOS. Y PARA QUE CONSTE SU CONOCIMIENTO, EXPRESA CONFORMIDAD Y ACEPTACIÓN DE LAS MISMAS, EL TOMADOR DEL SEGURO FIRMA A CONTINUACIÓN.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A RECLAMACIONES DE MALA PRAXIS  
 EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES TIENE POR OBJETIVO ESTABLECER LAS REGLAS QUE SE APLICARÁN A TODO EL TRÁMITE DE LAS RECLAMACIONES1 PRESENTADAS BAJO LA PÓLIZA DE RC MÉDICA DEL ASEGURADO.  
 1 ENTENDIENDO RECLAMACIÓN EN SENTIDO AMPLIO, ESTO ES: CUALQUIER AVISO DE HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DEVENIR EN UN SINIESTRO O, RECLAMACIÓN PRESENTADA FORMALMENTE AL ASEGURADO, DE MANERA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL.  
 A. CONCILIACIONES: EN CASO DE QUE SE CITE A AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN, LA PRESCRIPCIÓN CORRERÁ A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRIMERA CITACIÓN O LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUPO POR PRIMERA VEZ QUE SE REALIZARÁ UNA CONCILIACIÓN. B. DEMANDAS: EN CASO DE DEMANDA, LA PRESCRIPCIÓN CORRERÁ DESDE LA NOTIFICACIÓN DEL AUTO ADMISORIO DE LA DEMANDA AL ASEGURADO O DESDE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SUPO POR PRIMERA VEZ DE LA DEMANDA. ÉSTA REGLA TAMBIÉN SE APLICARÁ EN LOS CASOS EN LOS QUE LA CONCILIACIÓN SE DECLARE FALLIDA Y EL PROCESO JUDICIAL CONTINÚE.

REGLAS DE PRESCRIPCIÓN:  
 SIN PREJUCIO DE LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE ORDEN PÚBLICO QUE REGULAN EL TEMA, SE TENDRÁN EN CUENTA LAS SIGUIENTES REGLAS:

**EXCLUSION DE DAÑOS CIBERNÉTICOS**

- (A) CUALQUIER, REAL O SUPUESTO, ERROR, OMISIÓN O ACCIDENTE, O SERIES RELACIONADAS DE DICHS ERRORES, OMISIONES O ACCIDENTES, RESPECTO DE UN SISTEMA INFORMÁTICO;
- (B) CUALQUIER FALTA DE DISPONIBILIDAD O FALLO, TOTAL O PARCIAL, O SERIES RELACIONADAS DE LOS MISMOS, PARA ACCEDER, PROCESAR, UTILIZAR U OPERAR UN SISTEMA INFORMÁTICO; O
- (C) CUALQUIER VIOLACIÓN O INFRACCIÓN DE NORMATIVA DE PRIVACIDAD EN RELACIÓN A DATOS.

DERIVADA DE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, POR, QUE RESULTE DE, O QUE SURJA, ESTÉ BASADO EN O SEA ATRIBUIBLE A CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER ACCIÓN REALIZADA PARA CONTROLAR, EVITAR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTUACIÓN CIBERNÉTICA, INCIDENTE CIBERNÉTICO, O VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS.

DEFINICIONES:  
 ACTUACIÓN CIBERNÉTICA: A CUALQUIER, REAL O PRESUNTA, ACCIÓN NO AUTORIZADA, MALINTENCIONADA O DELICTIVA, ASÍ COMO A CUALQUIER SERIE RELACIONADA DE ACCIONES NO AUTORIZADAS, MALINTENCIONADAS O DELICTIVAS, O LA AMENAZA O ENGAÑO EN RELACIÓN A LAS MISMAS, CON INDEPENDENCIA DEL LUGAR Y TIEMPO DE OCURRENCIA Y DE SI DAN O NO LUGAR A ACCESO, TRATAMIENTO, DIVULGACIÓN, UTILIZACIÓN, SUSPENSIÓN O USO DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO O DATOS.  
 INCIDENTE CIBERNÉTICO SIGNIFICA:  
 VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS DATOS HARÁ REFERENCIA AL ROBO, PÉRDIDA O ACCESO NO AUTORIZADO, YA SEA REAL O PRESUNTO, DE DATOS QUE SE ENCUENTREN BAJO EL CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO O DE UN TERCERO, PERO DE CUYO ROBO, PÉRDIDA O ACCESO NO AUTORIZADO SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO.

**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.