

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363				USUARIO	MJAIME				
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN TRANSVERSAL 39B 70-67												
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	12	2021	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2021	HORA	12:00	29	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/ MOVIL	3847300000
ASEGURADO	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/ MOVIL	3847300000
BENEFICIARIO	USUARIOS DEL SERVICIO O TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	151515151
DIRECCIÓN		TEL/ MOVIL	6015922929
EMAIL	lgiraldo@hgm.gov.co	EMAIL	notiene@notiene.com

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA MEDELLIN ANTIOQUIA MEDELLIN CRA 48 NO. 32-102 MEDELLIN ¿ ANTIOQUIA

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$2,500,000,000.00	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,500,000,000.00	\$590,868,740.00		\$112,265,061.00	\$703,133,801.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	000830018004	CORREDORES COLOMBIANOS DE SEGUROS	%

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.

[Firma Autorizada]

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.

FACTURA
AA396080

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
AA084516

FACTURA
AA396080



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO		Nuevo	PRODUCTO		R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN		1				
CERTIFICADO		AA384156	FORMA DE PAGO		Contado	TELEFONO		3221363	USUARIO		MJAIME			
AGENCIA		MEDELLIN					DIRECCIÓN		TRANSVERSAL 39B 70-67					
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	12	2021	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2021	HORA	12:00	29	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

EMAIL Igirald@hgm.gov.co

NIT/CC 890904646
TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Asegurado acepte el abogado designado por la compañía o nombrado de común acuerdo entre el asegurado y la aseguradora, en caso contrario aplicara un Deducible del 20% del valor de la pérdida mínimo de 15 millones

En caso de que no haya lugar a indemnización no habrá aplicación de Deducible sobre Gastos de Defensa siempre y cuando el Asegurado acepte el abogado designado por la compañía o nombrado de común acuerdo entre el asegurado y la aseguradora, en caso contrario aplicara un Deducible del 20% del valor de la pérdida mínimo de 15 millones

Para los efectos de esta sección, solo se considerará como una póliza de seguro aquella expedida por una entidad reconocida como compañía de seguros por la Super Intendencia Financiera de la nación

El Deducible convenido NO aplicará a:

- Arbitrajes
- Conciliaciones
- Transacciones extrajudiciales
- Beneficios Adicionales

PRIMA ANUAL : COP 590.868.740 + IVA

TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS

Definición de Siniestro:

Todo hecho o acto u omisión culposa imputada al Asegurado bajo esta póliza, cometido durante la vigencia de la misma o dentro del Período de Retroactividad otorgado, si este aplicase, que haya ocasionado daños a la salud de la persona.

- Definición de Reclamo:

Cualquier notificación escrita, por vía judicial o extrajudicial, solicitando compensación en forma monetaria por perjuicios ocasionados o supuestamente ocasionados, directamente como consecuencia, única y exclusivamente, de una acción y/u omisión del Asegurado en la prestación de sus servicios, hecha por un Tercero, y recibida por el Asegurado / Asegurador y presentada al Asegurador / Reasegurador durante el Período de Vigencia del seguro, o dentro del Período de Extensión para la Denuncia de Reclamos, si este último aplicase.

Obligación del Asegurado:

En el evento de ser notificado y llamado a citación a la diligencia de audiencia de conciliación extrajudicial o de recibir una notificación de demanda, el Asegurado deberá enviar la información al Asegurador dentro de un lapso de tiempo no mayor a SEGÚN LEY días posteriores a dichas notificaciones.

- Peticiones Extrajudiciales:

Para efectos de prescripción en casos de Peticiones Extrajudiciales, la fecha de inicio deberá ser contada a partir del momento en que el afectado radique la carta de reclamo, con los soportes correspondientes e indicando el monto de sus pretensiones económicas.

- Pluralidad de Reclamos:

(a) La inclusión de más de un Asegurado en un mismo reclamo, o la presentación de reclamos por más de una persona u organización respecto de un mismo hecho y/o daño, en ningún caso servirán para aumentar el monto del Límite de Indemnización por cada ocurrencia.

(b) Dos o más reclamos originados por la misma causa, o provenientes del mismo error u omisión, o del mismo acto médico o serie de ellos, serán considerados como un solo reclamo.

(c) Todos estos reclamos relacionados referidos en el numeral (b), sin importar cuando sean originados, serán considerados como realizados en la fecha en la cual el primer reclamo haya sido presentado.

(d) En el caso de un tratamiento extendido, continuo, intermitente o repetido con el Asegurado y cuando no haya un acuerdo sobre cuando un servicio profesional que de origen a un reclamo se haya prestado inicialmente, se considerará para los efectos de

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
AA084516

FACTURA
AA396080



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363		
		DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA			
23	12	2021	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
			MM	12	AAAA
			AAAA	2021	HORA
			AAAA	2022	HORA
					12:00
					12:00
		FECHA DE IMPRESIÓN			
29	10	2023			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E. NIT/CC 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgirald@hgm.gov.co TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

esta póliza que el servicio profesional se prestó en el momento en que el reclamante consultó por primera vez al Asegurado a causa de los síntomas que dieron origen al tratamiento prescrito por el Asegurado.

Costos del Proceso

El Asegurador responderá, además, aún en exceso de la suma asegurada por los Costos del Proceso que el Tercero damnificado o sus causahabientes promuevan en su contra o la del Asegurado, con las salvedades siguientes:

1. Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida del contrato de seguro;
2. Si el Asegurado afronta el proceso contra orden expresa del Asegurador, y
3. Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede la suma que, conforme a los Artículos pertinentes de este título, delimita la responsabilidad del Asegurador, éste sólo responderá por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponda en la indemnización.
4. La presente cobertura incluye el Arancel Judicial, solo si dentro de las Costas Judiciales a las que sea condenado el Asegurado se liquida dicho rubro

Gastos de Defensa:

10% del valor asegurado evento /vigencia

- a) El Asegurador reconocerá como base para los honorarios aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.
- b) Los Gastos de Defensa en relación a un proceso judicial, administrativo o arbitral que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.
- c) Se encuentran incluidas en la cobertura las conciliaciones y transacciones que celebre el Asegurado que tengan por objeto concluir las denuncias o demandas formuladas en su contra, las que deberán contar previamente con la conformidad del Asegurador. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente, siempre y cuando se deriven de la Responsabilidad Civil Médica Extracontractual:

1. Arbitraje
Hasta un 10% del valor reclamado y máximo hasta el 10% del límite de indemnización.
 2. Demanda Judicial
(a) Primera Instancia
Hasta un 10% del valor reclamado y máximo hasta el 10% del límite de indemnización.
(b) Segunda Instancia
Hasta un 5% del valor reclamado y máximo hasta el 5% del límite de indemnización.
 3. Transacción
· Si la transacción se produce de manera extrajudicial, se reconocerá hasta un 20% del valor reclamado y máximo hasta el 20% del límite de indemnización.
· Si la transacción se produce dentro del juicio o dentro del arbitraje, se reconocerá el valor correspondiente al honorario arriba señalado.
 - d) La aseguradora / el Reasegurador no podrán realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del Asegurado; sin embargo, en caso de que el Asegurado rehusara aceptar el acuerdo propuesto en forma fehaciente por la aseguradora, la suma a pagar por la aseguradora por el siniestro en caso de sentencia o por posterior transacción, no podrá exceder el monto de la transacción inicialmente propuesta, incluyendo los gastos, costas e intereses devengados hasta la fecha de dicha propuesta inicial.
 - e) Los pagos serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo.
 - f) El pago por tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.
- Exoneración de Responsabilidad

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
AA084516

FACTURA
AA396080



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
23 DD	12 MM	2021 AAAA	DESDE DD 30	12:00	29 DD
			HASTA DD 30	12:00	10 MM
					2023 AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E. **NIT/CC** 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgirald@hgm.gov.co **TEL/ MOVIL** 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- (a) En cualquier momento, los aseguradores, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de los aseguradores en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito del Límite de Indemnización (después de la deducción de cualquier suma ya pagada) o cualquier cantidad menor por la cual tales reclamos pudieran ser arreglados, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa.
- (b) Hecho este pago o depósito, los aseguradores quedarán liberados de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado, excepto por el pago de los Costos de la Defensa incurridos con anterioridad a la fecha de tal pago (a menos que se haya establecido que el Límite de la Indemnización incluye Costos de la Defensa).

BENEFICIOS ADICIONALES : Los Beneficios Adicionales están sujetos a todos los términos y condiciones de la póliza.

1. Asistencia en Foro Penal
COP25.000.000 por evento / COP100.000.000 agregado anual.
(a) En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos.
(b) Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.
(c) Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.
(d) La defensa será asumida únicamente por abogados designados por el Asegurado y pre-aprobados por el Asegurador.
(e) Se aclara que este Beneficio Adicional opera bajo la modalidad de re-embolso previa demostración del Asegurado de exoneración de Responsabilidad Penal.
(f) La Asistencia en Foro Penal será cubierta dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.
(g) El Asegurador reconocerá como base para los honorarios aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.
2. Procesos Administrativos
COP25.000.000 por evento / COP100.000.000 agregado anual
(a) En caso que se promuevan procesos administrativos contra el Asegurado emanados de su responsabilidad civil profesional médica como prestador de servicios de salud, este Beneficio Adicional opera para atender los Gastos de Defensa directamente asociados con estos procesos.
(b) Este Beneficio Adicional NO implicará la aceptación de responsabilidad del Asegurador ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.
(c) La defensa será asumida únicamente por abogados designados por el Asegurado y pre-aprobados por el Asegurador.
(d) Se aclara que este Beneficio Adicional opera bajo la modalidad de re-embolso previa demostración del Asegurado de exoneración de Responsabilidad Administrativa.
(e) El Asegurador no estará obligado a reconocer ni a reembolsar al Asegurado ningún monto por concepto de sanción o multa, si alguno, como resultado de un proceso administrativo contra el Asegurado.
(f) El Asegurador reconocerá como base para los honorarios aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad.
(g) Los pagos por este Beneficio Adicional serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.
3. Fianzas y Cauiones
COP25.000 por evento / COP100.000.000 agregado anual.
(a) La póliza cubrirá el costo de las primas de fianzas civiles o el costo de emisión de una garantía bancaria o caución con respecto a procedimientos legales que restrinjan la libertad del Asegurado en

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
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
23	12	2021	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
			MM	12	AAAA
			AAAA	2021	
			HORA	12:00	
			HORA	12:00	
			FECHA DE IMPRESIÓN		
29	10	2023			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E. NIT/CC 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

relación a un proceso que se adelante como consecuencia de un acto médico amparado en la póliza.

(b) Los aseguradores no estarán obligados a expedir dichas fianzas y/o garantías bancarias y/o cauciones.

(c) Estos costos serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo.

(d) El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

4. Perjuicios Extra patrimoniales:
COP250.000.000 por evento / COP1.000.000.000 agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, y cualquier otro perjuicio que tenga carácter extrapatrimonial siempre que se deriven de un daño y/o lesión corporal cubierto por la póliza.

(a) Los Perjuicios Extra Patrimoniales en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos siempre y cuando haya un Daño o Lesión Personal o Corporal imputado al Asegurado dictaminado única y exclusivamente por el fallo de un juez.

(b) Los Perjuicios Extra Patrimoniales serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo.

(c) El pago por tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

5. Daños Financieros Puros (Lucro Cesante)

(a) Se amparan los Daños Financieros Puros (Lucro Cesante) sufridos por un paciente cuando sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado al reclamante.

(b) Los pagos por Lucro Cesante serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo.

(c) El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.

- Extensión para la Denuncia de Reclamos ¿ Dos (2) Años Máximo

(a) El Límite de Indemnización que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Límite de Indemnización o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

(c) El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Y Sin Pago de Prima Adicional

Si el Asegurador rechazase ofrecer términos y condiciones de renovación, la cobertura de esta póliza se podrá extender, automáticamente y SIN PAGO de prima adicional, durante un período de doce (12) meses siguientes a la fecha de vencimiento del período de seguro.

La oferta de renovación por parte del Asegurador de términos, condiciones, deducibles, sumas aseguradas diferentes a las que expiran no constituirá ni podrá ser entendido por el Asegurado como un rechazo del Asegurador a ofrecer renovación de la póliza.

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote el Límite de Indemnización contratado para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Y Con Pago de Prima Adicional

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza.

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
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN	23 12 2021	VIGENCIA DE LA POLIZA	DESDE 01/01/2021 HASTA 31/12/2022	FECHA DE IMPRESIÓN	29 10 2023

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgirald@hgm.gov.co NIT/CC 890904646
TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos. El Límite de Indemnización contratado en el último período de la póliza, es el mismo que registró para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Límite de Indemnización acordado en la póliza. A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia

de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de la presente cobertura.
- Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- Abonar al contado la prima correspondiente al endoso. El Asegurador considerará esta prima como devengada al 100%. Cumplida las condiciones anteriores, el Asegurador:

1. No podrá negarse a emitir el endoso.

2. No podrá cancelarlo una vez emitido y pagado.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la compra del endoso, el Asegurador quedará liberado de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, a los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no comprar el endoso, o pierde el derecho para hacerlo, el Asegurador no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

· Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada.

· Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso NO excederá los siguientes rangos de porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- Un (1) año: Del 50% al 125%
- Dos (2) años: Del 75% al 150%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote el Límite de Indemnización contratado para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero

Extensión de la Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica

La presente cobertura se extiende a amparar:

1. Personal Médico Auxiliar

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos del personal médico auxiliar (por ejemplo: enfermeras, paramédicos, laboratoristas y asimilados), vinculados laboralmente con el Asegurado cuando estos trabajen para el Asegurado dentro de los predios aquí asegurados, o sean autorizados por el Asegurado a trabajar fuera de sus instalaciones.

Esta póliza se extiende a amparar estas personas individualmente, pero única y exclusivamente cuando sean demandados solidariamente con el Asegurado.

2. Responsabilidad Civil Indirecta

(a) Médicos y Cirujanos

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adsritos), provisionales, substitutos, temporales, contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

Esta póliza NO se extiende a amparar estas personas individualmente. Los Médicos deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

(b) Entidades Prestadoras de Servicios

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del 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.

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363			USUARIO	MJAIME					
AGENCIA	MEDELLIN			DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
23	12	2021	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2021	HORA	12:00	29	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102
EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co
NIT/CC 890904646
TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Esta póliza NO se extiende a amparar estas entidades individualmente, las cuales deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. Aparatos y Equipos
La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por la posesión y/o el uso por o en nombre del Asegurado de aparatos y equipos con fines de diagnóstico o de terapéutica, con la condición de que dichos aparatos y equipos estén reconocidos por la ciencia médica y no sean de carácter experimental.

Garantía del Asegurado
El Asegurado se compromete a que se les hagan los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones del(os) fabricante(s), consignando dichos servicios fehacientemente en las bitácoras de mantenimiento para dichos aparatos y equipos.

5. Suministro de Bebidas, Alimentos y Materiales
La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el Asegurado o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el Asegurado haya delegado mediante convenio especial, que sean necesarias para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

6. Estudiantes de Pre y Post Grado
La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre y post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente mientras sean estudiantes activos y registrados y se encuentren desarrollando labores académicas, inclusive durante periodos de vacaciones, siempre y cuando tales labores y/o prácticas correspondan al periodo académico para el cual se matricularon.
Se entiende ;inclusive durante los periodos de vacaciones; como situaciones donde las clases hayan terminado pero los estudiantes tengan que hacer pasantías o similares como parte de su pensum y curriculum académico.

7. Maternidad
La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por tratamientos o intervenciones quirúrgicas destinadas a impedir o provocar un embarazo o la procreación, teniendo en cuenta que el Asegurado pueda realizar procedimientos de planificación familiar como son vasectomías, ligadura de trompas, instalación de DIU, etc.
En caso de requerirse una autorización judicial, esta condición tendrá que ser cumplida previamente a la realización del procedimiento.
Quedan excluidas expresamente en todo procedimiento cualquier reclamación concerniente únicamente al resultado del mismo.

8. Servicios Médicos Domiciliarios
La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por la prestación de servicios médicos en domicilios, tales como:
· Seguimiento clínico de los pacientes del Asegurado, ya sean estos servicios prestados por empleados directos del mismo Asegurado o por profesionales médicos contratados como terceros para proveer los servicios a nombre del Asegurado.
· Atención de auxiliar de enfermería, terapia física, terapia respiratoria, terapia de fonoaudiología mediante empleados directos del mismo Asegurado o por profesionales médicos contratados como terceros para proveer los servicios a nombre del Asegurado.
· Para los prestadores de servicios contratados se condiciona a:
o Que tengan sus propias pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Médica.
o Dentro del contrato de prestación de servicios con el Asegurado, requerimiento de:
- Liberación de responsabilidades / perjuicios para el Asegurado por actos de prestadores.
- Defensa del Asegurado por parte de los prestadores de servicios médicos contratados caso que el Asegurado sea demandado por actos de los prestadores.

9. Responsabilidad Civil Contractual

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
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
23 DD	12 MM	2021 AAAA	DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2021 HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2022	HORA 12:00	29 DD 10 MM 2023 AAAA
				HORA 12:00	

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E. **NIT/CC** 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgirald@hgm.gov.co **TEL/ MOVIL** 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Se ampara:

- Cuando el Asegurado fuese responsable aún en ausencia del contrato, y
- Siempre y cuando el acto haya ocurrido con posterioridad a la ejecución del contrato.

Ensayos Clínicos y de Laboratorio

COP500.000.000 por evento / agregado anual

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por Ensayos Clínicos y

de Laboratorio para tratamientos o medicamentos de carácter

científico-experimental cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el

Consentimiento Informado cumplimentado con todos y cada uno de

los participantes en el ensayo y avalado fehacientemente con las

respectivas firmas de estos previo al inicio de dicho ensayo:

• El Asegurado deberá preservar en su poder dichos

Consentimientos Informados;

• Cualquier acción legal y/o reclamo en contra del Asegurado por

un participante en un Ensayo Clínico y de quien el Asegurado no

pueda producir fehacientemente el respectivo Consentimiento

Informado con firma y fecha se considerará automáticamente

excluido de cobertura.

Esta extensión no aplica:

• Al producto objeto de los Ensayos Clínicos;

• Al fabricante, proveedor, distribuidor o representante del mismo.

• A participantes que sean menores de edad, aun con el

consentimiento escrito de los padres.

GENERALES - • Amparo automático para nuevas operaciones con aviso no mayor

a sesenta (60) días.

• El Asegurado declara observar las prescripciones y reglamentos

exigidos para el ejercicio de esta actividad, incluyendo, pero no

limitándose a lo estipulado por el Código de Ética Médica y el

Código Civil de la República de Colombia.

• Modificaciones a favor del Asegurado.

• Revocación de la póliza en sesenta (60) días.

• Si existe(n) otro(s) seguros que aplique(n) a un reclamo cubierto

bajo esta póliza, queda entendido y acordado que esta póliza

será considerada como seguro de EXCESO sobre la Limite de

Indemnización de la(s) otra(s) póliza(s), la(s) cual(es) deberá(n) ser

considerada(s) como póliza(s) primaria(s).

SUJETO A : (a) Recibo dentro de los veinte (20) días siguientes al inicio de vigencia

de la cobertura de Formulario de Solicitud, debidamente

cumplimentado, con fecha reciente y firmado por el Asegurado o

por su Representante Legal.

(b) Confirmación por escrito por parte del Asegurado, en su

membrete, dentro de los veinte (20) días siguientes al inicio de la

cobertura, de la no existencia de situación alguna que pudiese

generar un reclamo contra esta póliza en el futuro y diferentes de

los ya reportados al Asegurador para su evaluación, de

conformidad al texto que se provee más abajo.

FECHA : 01 Septiembre de 2021

Condiciones Generales:

• Clausulado Aplicable: Según texto La Equidad Seguros 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008 y EXCLUSIONES: Además de las

Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008

Responsabilidad Civil Profesional Médica

Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 30/04/2021-1501-

P-06-0000000000001008 se establecen las siguientes:

1. ¿Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no

reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental

(a) cuando su utilización represente el último remedio para el paciente a raíz de su

condición,

(b) cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas

respectivas y

(c) cuya naturaleza y carácter de científico-experimental haya sido consignada fiel y

claramente en el Consentimiento Informado realizado con el paciente y avalado con la

firma de éste.

2. Contaminación del medio ambiente que no sea consecuencia directa de un acontecimiento

[Firma Autorizada]

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 CLINICASPÓLIZA
AA084516FACTURA
AA396080

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAIME
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363		
		DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA			
23	12	2021	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
			MM	12	AAAA
			MM	12	AAAA
			2021	HORA	12:00
			2022	HORA	12:00
		FECHA DE IMPRESIÓN			
29	10	2023			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E. NIT/CC 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgirald@hgm.gov.co TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- accidental, súbito, repentino e imprevisto.
3. Daños genéticos, cualquiera que sea su causa u origen.
4. La provocación intencional del daño (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.
5. Actos de guerra internacional, guerra civil, rebelión, insurrección, sedición, motín, confiscación, guerrilla, terrorismo, huelga, lock out, tumulto popular, conmoción civil, vandalismo, malevolencia popular y sucesos de naturaleza similar.
6. Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
7. Reclamaciones derivadas de condenas de tutela o acciones similares en donde no se haya ventilado y establecido la responsabilidad del Asegurado.
8. Reclamaciones por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
9. Reclamaciones por actos médicos electivos para el embellecimiento por razones puramente estéticas, incluyendo liposucción o lipoescultura o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes o derivados.
10. Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super obesidad y cuyo origen no sea puramente de tipo endocrínico. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente ¿ por más de 18 meses sin éxito ¿ salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte justifique el no haber tenido tratamiento previo y cuando la técnica utilizada sea:
- o Derivación biliopancreática tipo scopinaro o switch duodenal; o
 - o Gastrectomía vertical en manga (Sleeve); o
 - o By-pass gástrico en Y de Roux; o
 - o Banda gástrica ajustable.
- En todo caso quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
11. Daños por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, excepto cuando el sexo del paciente haya sido determinado incorrectamente al momento del nacimiento, por una enfermedad genética o por un defecto anatómico. En caso de requerirse una autorización judicial, esta será una condición previa a la realización del procedimiento. En todo caso quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Reclamaciones por gastos y costos, pérdida o daño o lesión corporal (incluyendo angustia emocional o trauma mental o fobia), que sea real o que se alega ha sido causado, directa o indirectamente, contribuido o en cualquier forma relacionado a contaminación de sangre que cause el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sus agentes patógenos y/o hepatitis que no sea A y/o enfermedad de Creutzfeld-Jacob (CJD), cuando el Asegurado no hubiese cumplido con todas las normas y requisitos reconocidos y aceptados nacional e internacionalmente para la disposición y manejo de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
13. Reclamaciones causadas o derivadas del Staphylococcus Aureus Resistente a la Metilina (SARM) o causadas o derivadas del Candida Auris.
14. Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura, o a su Fecha de Retroactividad, cualquiera que aplique.
15. Reclamaciones por incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del Asegurado.
16. Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
17. Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
18. Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
19. Reclamaciones provenientes del uso, arrendamiento, y/o mantenimiento de vehículos terrestres, aéreos y/o acuáticos, incluyendo ambulancias de propiedad del Asegurado. Se cubrirán reclamos únicamente por acciones y/u omisiones médicas que causen daños físicos a una persona durante su transporte en una ambulancia como paciente del Asegurado y cuando dicho paciente esté siendo acompañado por un profesional médico del Asegurado.
20. Responsabilidad Civil Productos, propia e inherente a los fabricantes de los mismos.
21. Reclamaciones por toda responsabilidad Civil y/o Penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica a una persona cuando tal decisión se base en su incapacidad para sufragar los costos de atención médica.
22. Reclamaciones hechas en contra de cualquier director o funcionario o empleado del Asegurado originadas de cualquier error u omisión ilegal o negligente, o un abuso real o alegado de abuso de confianza, violación de garantía de autoridad, o incumplimiento de deber cometido o intentado por dicho director o funcionario o empleado cuando dicho reclamo es realizado solamente por la razón de mantener el puesto de director o funcionario o empleado y por haber actuado en esa capacidad.
23. Reclamaciones realizadas por cualquier persona por lesión corporal, lesión mental, enfermedad o muerte sufrida, contraída o que ocurra durante un contrato de servicio o aprendizaje con el Asegurado, o por cualquier incumplimiento de cualquier

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
AA084516

FACTURA
AA396080



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTICADO	AA384156	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363			USUARIO	MJAIME					
AGENCIA	MEDELLIN			DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
23	12	2021	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2021	HORA	12:00	29	10	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgirald@hgm.gov.co **NIT/CC** 890904646
TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

obligación del Asegurado como patrono de cualesquiera empleados a menos que esta persona haya sido admitida como un paciente del Asegurado.

24. Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil diferente a la provista por esta póliza.

25. Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas/formuladas y/o sentencias fuera del país de Colombia, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequátur en Colombia.

26. Coronavirus exclusión:
 La presente Póliza no otorga cobertura a cualquier reclamo causado de cualquier manera por o resultante de:
 a. Enfermedad Coronavirus (COVID-19);
 b. Síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
 c. Cualquier mutación o variación de SARS-CoV-2;
 d. Cualquier temor o amenaza de a), b) o c) anteriores.

27. Exclusión por Enfermedad Transmisible:
 No obstante cualquier disposición en contrario dentro de este contrato de reaseguro, el presente excluye las pérdidas, daños, responsabilidades, reclamaciones, costos o gastos de cualquier naturaleza, provocados directa o indirectamente, a los que haya contribuido, que resulten, surjan o se relacionen con una Enfermedad Transmisible o el temor o amenaza (ya sea real o sospechada) de una Enfermedad Transmisible independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia a la misma.

Conforme se utiliza en el presente, una Enfermedad Transmisible significa cualquier enfermedad que pueda transmitirse mediante alguna sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo en el que:
 a. la sustancia o agente incluya, mas no se limite a, un virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de los anteriores, ya sea que se consideren vivos o no, y
 b. el método de transmisión, ya sea directo o indirecto, incluye, sin limitación, transmisión por aire, transmisión por fluidos corporales, transmisión desde o hacia cualquier superficie u objeto, sólido, líquido o gaseoso o entre organismos, y
 c. la enfermedad, sustancia o agente puede provocar o amenazar provocar lesión corporal, enfermedad, daño a la salud humana, bienestar humano o bienes.

**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.