

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA198548

**FACTURA**  
AB119632



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS		<b>ORDEN</b>	1	
<b>CERTIFICADO</b>	AB114444	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	SPMEJIA
<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>	
03	01	2024	DESDE	DD	31	MM	12
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12
						AAAA	2024
						HORA	24:00
						HORA	24:00
						DD	30
						MM	04
						AAAA	2024

### 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>	3114621559
<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>	3114621559
<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 COMEPASACION 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

VIGILADO

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

**FIRMA TOMADOR**

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

SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA198548

FACTURA  
AB119632



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1		
CERTICADO	AB114444	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	SPMEJIA		
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	TELEFONO	5922929	DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN		
03 DD	01 MM	2024 AAAA	DESDE HASTA	DD MM AAAA	30 DD	04 MM	2024 AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR  
DIRECCIÓN AVENIDA 68 NO. 49 A - 47  
EMAIL LFBERNALR@COMPENSAR.COM  
NIT/CC 860066942  
TEL/MOVI 3114621559

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE EMITE POLIZA PARA LA VIGENCIA DESCRITA EN CARATULA SEGÚN SOLICITUD RECIBIDA.

TIPO: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

ASEGURADO ORIGINAL: 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 2023 A LAS 24:00 HORAS

HASTA: 31 DE DICIEMBRE 2024 A LAS 24:00 HORAS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: DIRECCIÓN CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS Y DEMÁS DE ACUERDO CON SU OBJETO SOCIAL  
DIRECCIÓN COMERCIAL: AVENIDA 68 NO. 49 A 47 BOGOTÁ

INTERÉS ASEGURADO:

BASE DE 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

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) APLICABLE:

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.

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  
AB119632



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

Table with 4 columns: DOCUMENTO, PRODUCTO, ORDEN, USUARIO, AGENCIA, FORMA DE PAGO, TELEFONO, DIRECCIÓN, FECHA DE EXPEDICIÓN, VIGENCIA DE LA POLIZA, FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS GENERALES

TOMADOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
DIRECCIÓN AVENIDA 68 NO. 49 A - 47
EMAIL LFBERNALR@COMPENSAR.COM
NIT/CC 860066942
TEL/MOVIL 3114621559

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- 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:

- 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 POLIZA 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 COMPENSACION 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 FUESE 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 AL ASEGURADOR 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

[Handwritten signature]

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  
AB119632**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AB114444	<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>	
03 DD	01 MM	2024 AAAA	DESDE HASTA	DD MM AAAA	DD MM AAAA
			31 31	12 12	2023 2024
				<b>HORA</b>	24:00 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>	3114621559

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

PRIMA ANUAL ANTES DE IVA: COP 874.000.000 AL 100% ANUAL

SUBJETIVIDADES:

ENVÍO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS ACTUALIZADOS A CIERRE DEL 2022

ENVÍO DE LOS ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS RECLAMOS DE LOS AÑOS ANTERIORES.

**2. CLÁUSULAS Y TEXTOS**

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:

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 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 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 AUTONÓMICO O ESTATAL,

**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  
AB119632



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

Table with 4 columns: DOCUMENTO, PRODUCTO, FORMA DE PAGO, TELEFONO, AGENCIA, DIRECCIÓN, VIGENCIA DE LA POLIZA, FECHA DE IMPRESIÓN. Includes details like 'Renovación', 'R.C. PROFESIONAL CLINICAS', 'Contado', '5922929', 'BOGOTA CALLE 100', 'Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS', '01/2024', '04/2024'.

DATOS GENERALES

TOMADOR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
DIRECCIÓN AVENIDA 68 NO. 49 A - 47
EMAIL LFBERNALR@COMPENSAR.COM
NIT/CC 860066942
TEL/ MOVIL 3114621559

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 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.

REGLAS DE PRESCRIPCIÓN:

SIN PREJUICIO 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.
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.

EXCLUSIÓN 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-06-000000000001008

Handwritten signature of the authorized representative.

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.