

SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA195705

FACTURA  
AA770721



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA892445	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	5922929		USUARIO	NCALDERON						
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	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	12	2020	DESDE	DD	20	MM	11	AAAA	2020	HORA	00:00	26	08	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	EMAIL	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	NIT/CC	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 N° 11B-67	TEL/ MOVIL	6016466060	TEL/ MOVIL	6016466060
ASEGURADO	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	EMAIL	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	NIT/CC	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 N° 11B-67	TEL/ MOVIL	6016466060	NIT/CC	XXXX
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS	EMAIL	notiene@notiene.com	TEL/ MOVIL	
DIRECCIÓN	-				

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,500,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$4,500,000,000.00	\$-18,134,563.00		\$-3,445,567.00	\$-21,580,130.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000890301584	DELIMA MARSH	%

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](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  
AA195705

FACTURA  
AA770721



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1
CERTIFICADO	AA892445	FORMA DE PAGO	Contado				USUARIO	NCALDERON
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	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	12	2020	DESDE	DD	20	MM	11	AAAA
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	09	AAAA
							HORA	00:00
							HORA	00:00
							26	08
							DD	MM
							AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. NIT/CC 860078828  
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 EMAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM TEL/MOVL 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AJUSTE DE PRIMAS REVERSANDO 50% EN EL VALOR ANTES DE IVA EN POLIZA:

POLIZA: AA195705  
CERTIFICADO: AA858524  
Ajuste 50% \$18.134.563

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

DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES TÉCNICAS NO SE MODIFICAN

\*\*\*\*\*

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.