

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

**PÓLIZA**  
AA196442

**FACTURA**  
AA649732



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Anulación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA767254	<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>		
29	10	2019	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
				MM	08
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
					29
					04
					2024
					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/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 COMEPACION BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. AV 68 # 49A-47

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

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

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$2,000,000,000.00	\$-548,065,475.00		\$104,132,440.00	\$-443,933,035.00

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.

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  
AA196442

FACTURA  
AA649732



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Anulacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				<b>ORDEN</b>	1					
<b>CERTICADO</b>	AA767254	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado				<b>USUARIO</b>	HOVALLE					
<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>	29 10 2019		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>						
	DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	2019	HORA	12:00	29	04	2024
				HASTA	DD	MM	AAAA	2020	HORA	12:00	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/MOVI** 3114621559

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

SE ANULA EL CERTIFICADO POR ERROR EN LA COMISION, SE REEMPLAZA POR LA POLIZA AA198548

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.