

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             | 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                                                   |    |    |      |
| 11                  | 09               | 2020          | DESDE                     | DD       | 30      | MM | 08    | AAAA | 2020    | HORA   | 12:00                                                                | 29 | 04 | 2024 |
| DD                  | MM               | AAAA          | HASTA                     | DD       | 11      | MM | 09    | AAAA | 2020    | HORA   | 12:00                                                                | DD | MM | AAAA |

DATOS GENERALES

|              |                                         |            |            |
|--------------|-----------------------------------------|------------|------------|
| TOMADOR      | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | NIT/CC     | 860066942  |
| DIRECCIÓN    | AVENIDA 68 NO. 49 A - 47                | TEL/ MOVIL | 3114621559 |
| ASEGURADO    | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | NIT/CC     | 860066942  |
| DIRECCIÓN    | AVENIDA 68 NO. 49 A - 47                | TEL/ MOVIL | 3114621559 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS                      | NIT/CC     | 21         |
| DIRECCIÓN    | TODA COLOMBIA                           | TEL/ MOVIL | 1111111111 |
| EMAIL        | LFBERNALR@COMPENSAR.COM                 |            |            |
| EMAIL        | LFBERNALR@COMPENSAR.COM                 |            |            |
| EMAIL        | notiene@notiene.com                     |            |            |

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE                                                         | DESCRIPCIÓN                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACTIVIDADES<br>CIUDAD<br>DEPARTAMENTO<br>LOCALIDAD<br>DIRECCION | OFICINA DE CAJA DE COMEPESACION<br>BOGOTA D.C.<br>CUNDINAMARCA<br>BOGOTA D.C.<br>AV 68 # 49A-47 |

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                                                                    | VALOR ASEGURADO    | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR | PRIMA  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|--------|
| Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares                                    | \$2,000,000,000.00 | 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 |

|                       |                 |        |                |                 |
|-----------------------|-----------------|--------|----------------|-----------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL | PRIMA NETA      | GASTOS | IVA            | TOTAL POR PAGAR |
| \$2,000,000,000.00    | \$20,664,764.00 |        | \$3,926,305.00 | \$24,591,069.00 |

| 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.

*[Firma manuscrita]*

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  
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>             | 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 PÓLIZA</b> |                                                         | <b>FECHA DE IMPRESIÓN</b> |                                                                      |
| 11 DD                      | 09 MM            | 2020 AAAA                    | DESDE DD 30 MM 08 AAAA 2020 HASTA DD 11 MM 09 AAAA 2020 | HORA 12:00                | 29 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/MOVIL 3114621559

## 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:

- Enfermedad Contagiosa Enumerada, o
- 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, 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

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  
AA756882



equidad  
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |                  |                       |                           |                    |                                                                      |
|---------------------|------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DOCUMENTO           | Renovacion       | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS | ORDEN              | 1                                                                    |
| CERTIFICADO         | AA878312         | FORMA DE PAGO         | Contado                   | USUARIO            | MJAIME                                                               |
| 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 | 11 09 2020       | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | DESDE 30 08 2019          | FECHA DE IMPRESIÓN | 29 04 2024                                                           |
|                     | DD MM AAAA       |                       | MM 08 AAAA 2020           |                    | DD MM AAAA                                                           |
|                     |                  |                       | HASTA 30 11 2020          |                    |                                                                      |
|                     |                  |                       | MM 09 AAAA 2020           |                    |                                                                      |
|                     |                  |                       | HORA 12:00                |                    |                                                                      |
|                     |                  |                       | HORA 12:00                |                    |                                                                      |

DATOS GENERALES

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

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 TÉRMINOS Y CONDICIONES NO SE MODIFICAN.

RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA  
Caja de Compensación Familiar -COMPENSAR

DESCRIPCIÓN: TÉRMINOS 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

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  
AA756882



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |                  |                       |                                               |                    |                                                                      |
|---------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DOCUMENTO           | Renovación       | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS                     | ORDEN              | 1                                                                    |
| CERTICADO           | AA878312         | FORMA DE PAGO         | Contado                                       | USUARIO            | MJAJME                                                               |
| 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 | 11 DD 09 MM 2020 | VIGENCIA DE LA POLIZA | DESDE 11 DD 08 MM 2020 HASTA 11 DD 09 MM 2020 | HORA               | 12:00                                                                |
|                     |                  |                       |                                               | HORA               | 12:00                                                                |
|                     |                  |                       |                                               | FECHA DE IMPRESIÓN | 29 DD 04 MM 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

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  
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

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  
AA756882



equidad  
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |                  |                       |                                   |                    |                                                                      |
|---------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DOCUMENTO           | Renovación       | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS         | ORDEN              | 1                                                                    |
| CERTIFICADO         | AA878312         | FORMA DE PAGO         | Contado                           | USUARIO            | MJAJME                                                               |
| 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 | 11 09 2020       | VIGENCIA DE LA POLIZA | DESDE 30 08 2020 HASTA 11 09 2020 | HORA               | 12:00                                                                |
|                     | DD MM AAAA       |                       | MM DD MM AAAA                     | HORA               | 12:00                                                                |
|                     |                  |                       |                                   | FECHA DE IMPRESIÓN | 29 04 2024                                                           |
|                     |                  |                       |                                   | 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

"

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 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" 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

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  
AA756882



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |                  |                       |                                   |                    |                                                                      |
|---------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DOCUMENTO           | Renovación       | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS         | ORDEN              | 1                                                                    |
| CERTICADO           | AA878312         | FORMA DE PAGO         | Contado                           | USUARIO            | MJAIME                                                               |
| 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 | 11/09/2020       | VIGENCIA DE LA POLIZA | DESDE 11/09/2020 HASTA 30/11/2020 | FECHA DE IMPRESIÓN | 29/04/2024                                                           |

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

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:

- 1Cláusula 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,

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.

**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             | BOGOTA CALLE 100 |               |                           |    | DIRECCIÓN | Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUITAD SEGUROS |    |         |                    |       |    |    |      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |                  |               | VIGENCIA DE LA POLIZA     |    |           |                                                                      |    |         | FECHA DE IMPRESIÓN |       |    |    |      |
| 11                  | 09               | 2020          | DESDE                     | DD | 30        | MM                                                                   | 08 | AAAA    | HORA               | 12:00 | 29 | 04 | 2024 |
| DD                  | MM               | AAAA          | HASTA                     | DD | 11        | MM                                                                   | 09 | AAAA    | HORA               | 12:00 | DD | MM | AAAA |

## DATOS GENERALES

|                          |                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>TOMADOR DIRECCIÓN</b> | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR<br>AVENIDA 68 NO. 49 A - 47 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|

**EMAIL** [LFBERNALR@COMPENSAR.COM](mailto:LFBERNALR@COMPENSAR.COM)

**NIT/CC** 860066942  
**TEL/MOVIL** 3114621559

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

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

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP) Y USA ESTE CÓDIGO QR