

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA198548

FACTURA
AB046814



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB044907	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA
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
27	01	2023	DESDE	DD 31 MM 12 AAAA 2022	29 04 2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 31 MM 12 AAAA 2023	HORA 24:00
					HORA 24:00

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 CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	OFICINA DE CAJA DE COMEPESACION 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 Clínicas 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

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,000,000,000.00	\$874,000,000.00		\$166,060,000.00	\$1,040,060,000.00

COASEGURO	
COMPañA	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 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 CLINICAS

PÓLIZA
AA198548

FACTURA
AB046814



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB044907	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA
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	27 01 2023	VIGENCIA DE LA POLIZA	DE 31 12 2022 A 31 12 2023	FECHA DE IMPRESIÓN	29 04 2024
	DD MM AAAA	DESDE HASTA	DD MM AAAA		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

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

1. DETALLES DEL RIESGO

TIPO: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA

TOMADOR / ASEGURADO: 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 2022 A LAS 24:00 HORAS
HASTA: 31 DE DICIEMBRE 2023 A LAS 24:00 HORAS

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS Y DEMÁS DE ACUERDO CON SU OBJETO SOCIAL

DIRECCIÓN COMERCIAL: AVENIDA 68 NO. 49 A 47 BOGOTÁ

INTERES 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: FECHA DE RETROACTIVIDAD: 30 DE NOVIEMBRE DE 2006

LÍMITE 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)

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.

- 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.

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
AB046814



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1
CERTIFICADO	AB044907	FORMA DE PAGO	Contado				USUARIO	CMENA
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	27 01 2023	VIGENCIA DE LA POLIZA	2022 2023				FECHA DE IMPRESIÓN	29 04 2024
	DD MM AAAA	DESDE	DD	31	MM	12	HORA	24:00
		HASTA	DD	31	MM	12	HORA	24:00

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

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 PÓLIZA 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 COMPENSACIÓN 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 PRATICANTES 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 A LA ASEGURADORA 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
PRIMA ANTES DE IVA: COP 874.000.000

PAGO DE PRIMA: 60 DÍAS DESDE INICIO DE VIGENCIA

SUBJETIVIDADES: TRABAJAR JUNTO CON EL REASEGURADOR PARA CERRAR LA MAYOR CANTIDAD POSIBLE DE LOS RECLAMOS DE AÑOS PASADOS,

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
AB046814



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AB044907	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA
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	27 01 2023	VIGENCIA DE LA POLIZA	DESDE 22 01 2022 HASTA 22 01 2023	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

CON UNA REUNIÓN O CON UNA ACTUALIZACIÓN DE RECLAMOS DE LOS AÑOS ANTERIORES.

2. CLÁUSULAS Y TEXTOS

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:

- o 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 60 DÍAS DE DICHO CONOCIMIENTO Y
- o 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;
- o C) NO SE REALIZARÁN ACUERDOS Y/O COMPROMISOS NI SE ADMITIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA SIN LA PREVIA APROBACIÓN DE LOS ASEGURADORES.

TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN SIN CAMBIO.

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:

o A. TRANSMISIÓN DE CUALQUIER:

- i I. ENFERMEDAD CONTAGIOSA ENUMERADA, O
- ii 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 HUESPED 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.

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
AB046814



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AB044907	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA
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	27 01 2023	VIGENCIA DE LA POLIZA	DESDE 27 01 2023 HASTA 31 12 2023	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

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 AUTÓNOMICO 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.

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.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A RECLAMACIONES DE MALA PRAXIS

EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES TIENE POR OBJETIVO ESTABLECER LAS REGLAS QUE SE APLICARÁN A TODO EL TRÁMITE DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS BAJO LA PÓLIZA DE RC MÉDICA DEL ASEGURADO.

1 ENTENDIENDO RECLAMACIÓN EN SENTIDO AMPLIO, ESTO ES: CUALQUIER AVISO DE HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA DEVENIR EN UN SINIESTRO O RECLAMACIÓN PRESENTADA FORMALMENTE AL ASEGURADO, DE MANERA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL.

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.

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:

EXCLUSION DE DAÑOS CIBERNÉTICOS

(A) CUALQUIER, REAL O SUPUESTO, ERROR, OMISIÓN O ACCIDENTE, O SERIES RELACIONADAS DE DICHS 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.

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:

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.

[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.