

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363	USUARIO	CMENA
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN			TRANSVERSAL 39B 70-67		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN	
23	12	2022	DESDE	DD	30	MM	12
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12
						AAAA	2023
						HORA	00:00
						HORA	24:00
						DD	MM
						AAAA	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/MOVL	3847300000
ASEGURADO	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/MOVL	3847300000
BENEFICIARIO	USUARIOS DEL SERVICIO O TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	151515151
DIRECCIÓN		TEL/MOVL	6015922929
	EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co		
	EMAIL notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA MEDELLIN ANTIOQUIA MEDELLIN CRA 48 NO. 32-102 MEDELLIN - ANTIOQUIA

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$2,500,000,000.00	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,500,000,000.00	\$625,000,000.00		\$118,750,000.00	\$743,750,000.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000830018004	CORREDORES COLOMBIANOS DE SEGUROS	%

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
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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1									
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA									
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN								
23	12	2022	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	00:00	11	07	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2023	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E NIT/CC 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co TEL/MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN E.S.E.
NIT: 890904646-7
ASEGURADO: HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN E.S.E.
NIT: 890904646-7

UBICACIONES CUBIERTAS: CRA 48 NO. 32-102 MEDELLIN - ANTIOQUIA

INTERÉS ASEGURABLE

- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA IMPUTABLE AL ASEGURADO, POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES CAUSADOS POR TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE FUERE OTORGADO, QUE HAYA CAUSADO DAÑO A LA SALUD DE LAS PERSONAS, SI SE RECLAME DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O DENTRO DEL PERÍODO DE PRÓRROGA PARA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE APLICA, A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO, QUIRÚRGICO, DENTAL, ODONTOLÓGICO, DE ENFERMERÍA, LABORATORIO O ASIMILADOS, PRESTADO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO.

BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE

ACTOS PREVIOS: NINGUNO, PREVIOS A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD CONCEDIDA, SI ÉSTA APLICA.

FECHA DE RETROACTIVIDAD: 19 DE OCTUBRE DEL 2007

PRÓRROGA PARA DENUNCIA DE RECLAMOS: 2 AÑOS (OPCIONAL) CON COBRO DE PRIMA ADICIONAL.

VIGENCIA:

DESDE: A CONVENIR, A LAS 00:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR.
HASTA: A CONVENIR, A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

- EN EL SUPUESTO CASO DE RENOVACIONES SUCESIVAS E ININTERRUMPIDAS DE ESTA PÓLIZA, LA COBERTURA SIEMPRE SE EXTENDERÁ A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD EMERGENTE DE ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA INICIAL, O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD DE LA PÓLIZA, CUALQUIERA DE LAS DOS FECHAS QUE SEA ANTERIOR, SIN IMPORTAR QUE LA PÓLIZA INICIAL HUBIESE YA VENCIDO, Y QUE EL RECLAMO O NOTIFICACIÓN SE PRESENTASE DURANTE UNA DE SUS RENOVACIONES CONSECUTIVAS E ININTERRUMPIDAS.

LÍMITES GEOGRÁFICOS: REPÚBLICA DE COLOMBIA ÚNICAMENTE

JURISDICCIÓN Y LEY: ESTE SEGURO SERÁ GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN Y LEYES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN :LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

LÍMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS Y EN EXCESO DEL DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO.

COP2.500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

- REINSTALACIÓN DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

(A) REINSTALACIONES AUTOMÁTICAS DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR PAGO DE SINIESTROS QUEDAN A LA ENTERA DISCRECIÓN DEL ASEGURADOR.
(B) EN CASO DE CONCEDERLAS, EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE OBTENER UNA PRIMA ADICIONAL, LA CUAL NO PODRÁ SER MAYOR AL 150% DE LA ÚLTIMA PRIMA PAGADA POR EL ASEGURADO.

DEDUCIBLE:

CUANDO EL MÉDICO Y/O ENTIDADES TERCERIZADAS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO TENGAN PÓLIZA DE RC PROFESIONAL MÉDICA CON UN LÍMITE ASEGURADO MÍNIMO DE COP50.000.000, EL DEDUCIBLE A APLICAR SERÁ DE 20% SOBRE EL VALOR DE LA PÉRDIDA.

CUANDO EL MÉDICO Y/O ENTIDADES TERCERIZADAS QUE PRESTAN SUS SERVICIOS AL ASEGURADO NO TENGAN PÓLIZA DE RC PROFESIONAL MÉDICA O LAS MISMAS TENGAN UN LÍMITE ASEGURADO MENOR DE COP50.000.000, LA COBERTURA APLICARÁ EN EXCESO DE COP50.000.000 Y CON UN DEDUCIBLE DEL 20% SOBRE EL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO DE 15 MILLONES

EN CASO DE QUE NO HAYA LUGAR A INDEMNIZACIÓN NO HABRÁ APLICACIÓN DE DEDUCIBLE SOBRE GASTOS DE DEFENSA SIEMPRE Y CUANDO EL

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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

Table with 4 columns: DOCUMENTO, PRODUCTO, ORDEN, USUARIO. Includes details like 'Renovacion', 'R.C. PROFESIONAL CLINICAS', 'ORDEN 1', 'USUARIO CMENA'. Also includes a table for 'FECHA DE EXPEDICIÓN' and 'FECHA DE IMPRESIÓN'.

DATOS GENERALES

TOMADOR: HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN: CARRERA 48 # 32-102
EMAIL: lgiraldo@hgm.gov.co
NIT/CC: 890904646
TEL/MOVIL: 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

ASEGURADO ACEPTA EL ABOGADO DESIGNADO POR LA COMPAÑIA O NOMBRADO DE COMÚN ACUERDO ENTRE EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA, EN CASO CONTRARIO APLICARÁ UN DEDUCIBLE DEL 20% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO DE 15 MILLONES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA SECCIÓN, SOLO SE CONSIDERARÁ COMO UNA "PÓLIZA DE SEGURO" AQUELLA EXPEDIDA POR UNA ENTIDAD RECONOCIDA COMO COMPAÑIA DE SEGUROS POR LA SUPER INTENDENCIA FINANCIERA DE LA NACIÓN.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO NO APLICARÁ A:

- ARBITRAJES
- CONCILIACIONES
- TRANSACCIONES EXTRAJUDICIALES
- BENEFICIOS ADICIONALES

PRIMA ANUAL: COP 743.750.000 IVA INCLUIDO

TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS

- DEFINICIÓN DE SINIESTRO:
TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD DE LA PERSONA.

- DEFINICIÓN DE RECLAMO:

CUALQUIER NOTIFICACIÓN ESCRITA, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACIÓN EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCIÓN Y/U OMISIÓN DEL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO / ASEGURADOR Y PRESENTADA AL ASEGURADOR / REASEGURADOR DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ÚLTIMO APLICASE.

OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO:

EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACIÓN A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A SEGÚN LEY DIAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

- PETICIONES EXTRAJUDICIALES:

PARA EFECTOS DE PRESCRIPCIÓN EN CASOS DE PETICIONES EXTRAJUDICIALES, LA FECHA DE INICIO DEBERÁ SER CONTADA A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL AFECTADO RADIQUE LA CARTA DE RECLAMO, CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES E INDICANDO EL MONTO DE SUS PRETENSIONES ECONÓMICAS.

- PLURALIDAD DE RECLAMOS:

(A) LA INCLUSIÓN DE MÁS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR MÁS DE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGÚN CASO SERVIRÁN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR CADA OCURRENCIA.

(B) DOS O MÁS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISIÓN, O DEL MISMO ACTO MÉDICO O SERIE DE ELLOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(C) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(D) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARÁ PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTÓ EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SÍNTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

- COSTOS DEL PROCESO

EL ASEGURADOR RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

- 1. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DEL CONTRATO DE SEGURO;
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE, CONFORME A LOS ARTÍCULOS PERTINENTES DE ESTE TÍTULO, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, ÉSTE SÓLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.
4. LA PRESENTE COBERTURA INCLUYE EL ARANCEL JUDICIAL, SOLO SI DENTRO DE LAS COSTAS JUDICIALES A LAS QUE SEA CONDENADO EL ASEGURADO SE LIQUIDA DICHO RUBRO.

- GASTOS DE DEFENSA:

10% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO /VIGENCIA

A) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

B) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACIÓN A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

Handwritten signature of the authorized firm.

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
AA084516**

**FACTURA
AB008445**



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67	USUARIO	CMENA
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
23	12	2022	DESDE	DD 30	MM 12
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 30	MM 12
			AAAA	2022	HORA
			AAAA	2023	HORA
				00:00	
				24:00	
			FECHA DE IMPRESIÓN		
			11	07	2024
			DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102
EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co
NIT/CC 890904646
TEL/MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

C) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERÁN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRÁN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE ÉL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE DERIVEN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EXTRA CONTRACTUAL:

1. ARBITRAJE
 HASTA UN 10% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 10% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

2. DEMANDA JUDICIAL
 (A) PRIMERA INSTANCIA
 HASTA UN 10% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 10% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.
 (B) SEGUNDA INSTANCIA
 HASTA UN 5% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 5% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3. TRANSACCIÓN
 - SI LA TRANSACCIÓN SE PRODUCE DE MANERA EXTRAJUDICIAL, SE RECONOCERÁ HASTA UN 20% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 20% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.
 - SI LA TRANSACCIÓN SE PRODUCE DENTRO DEL JUICIO O DENTRO DEL ARBITRAJE, SE RECONOCERÁ EL VALOR CORRESPONDIENTE AL HONORARIO ARRIBA SEÑALADO.

D) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRÁN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FEHACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.

E) LOS PAGOS SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.
 F) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

(A) EN CUALQUIER MOMENTO, LOS ASEGURADORES, A SU ELECCIÓN Y DISCRECIÓN Y SIN QUE ELLO IMPLIQUE LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LOS ASEGURADORES EN PERJUICIO DEL ASEGURADO, PODRÁ HACER PAGO O DEPÓSITO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN (DESPUÉS DE LA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA YA PAGADA) O CUALQUIER CANTIDAD MENOR POR LA CUAL TALES RECLAMOS PUDIERAN SER ARREGLOS, DEJANDO AL ASEGURADO LA DIRECCIÓN EXCLUSIVA DE LA CAUSA.
 (B) HECHO ESTE PAGO O DEPÓSITO, LOS ASEGURADORES QUEDARÁN LIBERADOS DE LOS GASTOS Y COSTAS QUE SE DEVENGUEN POSTERIORMENTE AL IGUAL QUE DE TODA OTRA RESPONSABILIDAD BAJO LA PÓLIZA EN RELACIÓN CON LA PRETENSIÓN DEL(DE LOS) TERCERO(S) DAMNIFICADOS Y/O CON EL HECHO QUE GENERÓ LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, EXCEPTO POR EL PAGO DE LOS COSTOS DE LA DEFENSA INCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE TAL PAGO (A MENOS QUE SE HAYA ESTABLECIDO QUE EL LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN INCLUYE COSTOS DE LA DEFENSA).

BENEFICIOS ADICIONALES: LOS BENEFICIOS ADICIONALES ESTÁN SUJETOS A TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA.

1. ASISTENCIA EN FORO PENAL
 COP25.000.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL.

(A) EN CASO DE ACCIÓN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRÁ COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURÍDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TÉCNICOS.
 (B) ESTA COLABORACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ÉSTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.
 (C) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECIÓN ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ÉSTE PODRÁ DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACIÓN.
 (D) LA DEFENSA SERÁ ASUMIDA ÚNICAMENTE POR ABOGADOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y PRE-APROBADOS POR EL ASEGURADOR.
 (E) SE ACLARA QUE ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA BAJO LA MODALIDAD DE RE-EMBOLSO PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL ASEGURADO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PENAL.
 (F) LA ASISTENCIA EN FORO PENAL SERÁ CUBIERTA DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.
 (G) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

2. PROCESOS ADMINISTRATIVOS
 COP25.000.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL

(A) EN CASO QUE SE PROMUEVAN PROCESOS ADMINISTRATIVOS CONTRA EL ASEGURADO EMANADOS DE SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA COMO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA PARA ATENDER LOS GASTOS DE DEFENSA DIRECTAMENTE ASOCIADOS CON ESTOS PROCESOS.
 (B) ESTE BENEFICIO ADICIONAL NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.
 (C) LA DEFENSA SERÁ ASUMIDA ÚNICAMENTE POR ABOGADOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y PRE-APROBADOS POR EL ASEGURADOR.
 (D) SE ACLARA QUE ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA BAJO LA MODALIDAD DE RE-EMBOLSO PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL ASEGURADO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.

**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
AA084516**

**FACTURA
AB008445**



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1									
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363									
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67	USUARIO	CMENA									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN								
23	12	2022	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	00:00	11	07	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2023	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgiraldo@hgm.gov.co **NIT/CC** 890904646
TEL/MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

(E) EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A RECONOCER NI A REEMBOLSAR AL ASEGURADO NINGÚN MONTO POR CONCEPTO DE SANCIÓN O MULTA, SI ALGUNO, COMO RESULTADO DE UN PROCESO ADMINISTRATIVO CONTRA EL ASEGURADO.

(F) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

(G) LOS PAGOS POR ESTE BENEFICIO ADICIONAL SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3. FIANZAS Y CAUCIONES

COP25.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL.

(A) LA PÓLIZA CUBRIRÁ EL COSTO DE LAS PRIMAS DE FIANZAS CIVILES O EL COSTO DE EMISIÓN DE UNA GARANTÍA BANCARIA O CAUCIÓN CON RESPECTO A PROCEDIMIENTOS LEGALES QUE RESTRINJAN LA LIBERTAD DEL ASEGURADO EN RELACIÓN A UN PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACTO MÉDICO AMPARADO EN LA PÓLIZA.

(B) LOS ASEGURADORES NO ESTARÁN OBLIGADOS A EXPEDIR DICHAS FIANZAS Y/O GARANTÍAS BANCARIAS Y/O CAUCIONES.

(C) ESTOS COSTOS SERÁN CUBIERTAS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(D) EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

4. PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES:

COP250.000.000 POR EVENTO / COP1.000.000.000 AGREGADO ANUAL.

INCLUYE PERJUICIO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y DAÑOS A LA VIDA DE RELACIÓN, Y CUALQUIER OTRO PERJUICIO QUE TENGA CARÁCTER EXTRAPATRIMONIAL SIEMPRE QUE SE DERIVEN DE UN DAÑO Y/O LESIÓN CORPORAL CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

(A) LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(B) LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(C) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

5. DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

(A) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) SUFRIDOS POR UN PACIENTE CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO AL RECLAMANTE.

(B) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(C) EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

- EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS - DOS (2) AÑOS MÁXIMO

(A) EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN QUE ATENDERÁ A LA TOTALIDAD DE LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN DENTRO DEL PERÍODO DEL ENDOSO SERÁ LA SUMA EN VIGOR PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA NO RENOVADA.

(B) EL ENDOSO DEJARÁ DE SER OPERATIVO UNA VEZ SE AGOTE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN O SE CUMPLA LA VIGENCIA DE SU PERÍODO, CUALQUIERA QUE OCURRA PRIMERO.

(C) EL DERECHO A OBTENER ESTE ENDOSO ESTÁ CONDICIONADO A LA NO RENOVACIÓN O CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR RAZONES DIFERENTES A LA CANCELACIÓN POR NO PAGO DE PRIMA.

*** SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL**

SI EL ASEGURADOR RECHAZASE OFRECER TÉRMINOS Y CONDICIONES DE RENOVACIÓN, LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA SE PODRÁ EXTENDER, AUTOMÁTICAMENTE Y SIN PAGO DE PRIMA ADICIONAL, DURANTE UN PERÍODO DE DOCE (12) MESES SIGUIENTES A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL PERÍODO DE SEGURO.

LA OFERTA DE RENOVACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR DE TÉRMINOS, CONDICIONES, DEDUCIBLES, SUMAS ASEGURADAS DIFERENTES A LAS QUE EXPIRAN NO CONSTITUIRÁ NI PODRÁ SER ENTENDIDO POR EL ASEGURADO COMO UN RECHAZO DEL ASEGURADOR A OFRECER RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

*** CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL**

SI EL ASEGURADO DECIDE UNILATERALMENTE EL NO RENOVAR O RESCINDIR ESTA COBERTURA A SU VENCIMIENTO, EL ASEGURADO TENDRÁ EL DERECHO DE COMPRAR UN ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS POR UNA PRIMA ADICIONAL, Y BAJO LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO CUANDO EL CONTRATO SE RESCINDIERA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA POR EL ASEGURADO, HECHO QUE GENERARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO DEL ASEGURADO PARA LA COMPRA DE TAL ENDOSO.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS, LA COBERTURA PARA LOS RECLAMOS QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN CON POSTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS DURANTE TAL PERÍODO Y CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EFECTO DE ESTA PÓLIZA.

EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DEL ASEGURADOR DICHOS RECLAMOS. EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, ES EL MISMO QUE REGIRÁ PARA EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, ES DECIR, DICHO ENDOSO NO ALTERARÁ LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN ACORDADO EN LA PÓLIZA.

**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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1							
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363	USUARIO	CMENA							
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN			TRANSVERSAL 39B 70-67									
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN						
23	12	2022	DESDE	DD	30	MM	12	AAAA	2022	HORA	00:00	11	07	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	12	AAAA	2023	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E NIT/CC 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co TEL/ MOVIL 384730000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

A FINES DE OBTENER EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS EL ASEGURADO DEBERÁ HACER LO SIGUIENTE:

- (A) SOMETER POR ESCRITO SU SOLICITUD AL ASEGURADOR.
- (B) ENVIAR DICHA SOLICITUD DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA.
- (C) DETERMINAR EL TÉRMINO DE TIEMPO DESEADO PARA LA EXTENSIÓN, YA SEA POR UN PERÍODO DE UNO (1) O DE DOS (2) AÑOS.
- (D) ABONAR AL CONTADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL ENDOSO. EL ASEGURADOR CONSIDERARÁ ESTA PRIMA COMO DEVENGADA AL 100%.

CUMPLIDA LAS CONDICIONES ANTERIORES, EL ASEGURADOR:

- NO PODRÁ NEGARSE A EMITIR EL ENDOSO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO Y PAGADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA COMPRA DEL ENDOSO, EL ASEGURADOR QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO. IGUALMENTE, A LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTA POR NO COMPRAR EL ENDOSO, O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE Y QUEDARÁ LIBERADO PARA ATENDER CUALQUIER RECLAMO EFECTUADO POR TERCEROS:

- LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA.
- SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO.

A FINES DE CALCULAR LA PRIMA POR EL ENDOSO PARA LA EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, EL ASEGURADOR UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE REQUISICIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO. SIN EMBARGO, EL PRECIO DEL ENDOSO NO EXCEDERÁ LOS SIGUIENTES RANGOS DE PORCENTAJES DE LA PRIMA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA CONTRATADA POR EL ASEGURADO:

- (A) UN (1) AÑO: DEL 50% AL 125%
- (B) DOS (2) AÑOS: DEL 75% AL 150%

EL ASEGURADOR MANTENDRÁ VIGENTE EL ENDOSO HASTA CUANDO SE AGOTE EL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN CONTRATADO PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO DEL ENDOSO, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

1. PERSONAL MÉDICO AUXILIAR

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MÉDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMÉDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUÍ ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES.

ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA

(A) MÉDICOS Y CIRUJANOS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MÉDICOS (MÉDICOS Y CIRUJANOS) EMPLEADOS, NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE. LOS MÉDICOS DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

(B) ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

4. APARATOS Y EQUIPOS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LA POSESIÓN Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS Y EQUIPOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHS APARATOS Y EQUIPOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y NO SEAN DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

GARANTÍA DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO SE COMPROMETE A QUE SE LES HAGAN LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S), CONSIGNANDO DICHS SERVICIOS FEHACIENTEMENTE EN LAS BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO PARA DICHS APARATOS Y EQUIPOS.

5. SUMINISTRO DE BEBIDAS, ALIMENTOS Y MATERIALES

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS,

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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1									
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	CMENA									
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN								
23 DD	12 MM	2022 AAAA	DESDE HASTA	DD DD	30 30	MM MM	12 12	AAAA AAAA	2022 2023	HORA HORA	00:00 24:00	11 DD	07 MM	2024 AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E **NIT/CC** 890904646
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgiraldo@hgm.gov.co **TEL/ MOVIL** 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

6. ESTUDIANTES DE PRE Y POST GRADO

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MÉDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE Y POST GRADO QUE REALICEN SUS PRÁCTICAS MÉDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCIÓN DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MÉDICOS BAJO LA SUPERVISIÓN Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MÉDICO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN DOCENTE MIENTRAS SEAN ESTUDIANTES ACTIVOS Y REGISTRADOS Y SE ENCUENTREN DESARROLLANDO LABORES ACADÉMICAS, INCLUSIVE DURANTE PERÍODOS DE VACACIONES, SIEMPRE Y CUANDO TALES LABORES Y/O PRÁCTICAS CORRESPONDAN AL PERÍODO ACADÉMICO PARA EL CUAL SE MATRICULARON.

SE ENTIENDE "INCLUSIVE DURANTE LOS PERÍODOS DE VACACIONES" COMO SITUACIONES DONDE LAS CLASES HAYAN TERMINADO PERO LOS ESTUDIANTES TENGAN QUE HACER PASANTÍAS O SIMILARES COMO PARTE DE SU PENSUM Y CURRÍCULUM ACADÉMICO.

7. MATERNIDAD

- LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DESTINADAS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE EL ASEGURADO PUEDA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO SON VASECTOMÍAS, LIGADURA DE TROMPAS, INSTALACIÓN DE DIU, ETC.
- EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA CONDICIÓN TENDRÁ QUE SER CUMPLIDA PREVIAMENTE A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
- QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE EN TODO PROCEDIMIENTO CUALQUIER RECLAMACIÓN CONCERNIENTE ÚNICAMENTE AL RESULTADO DEL MISMO.

8. SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN DOMICILIOS, TALES COMO:

- SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, YA SEAN ESTOS SERVICIOS PRESTADOS POR EMPLEADOS DIRECTOS DEL MISMO ASEGURADO O POR PROFESIONALES MÉDICOS CONTRATADOS COMO TERCEROS PARA PROVEER LOS SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.
- ATENCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA DE FONOAUDILOGÍA MEDIANTE EMPLEADOS DIRECTOS DEL MISMO ASEGURADO O POR PROFESIONALES MÉDICOS CONTRATADOS COMO TERCEROS PARA PROVEER LOS SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.
- PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CONTRATADOS SE CONDICIONA A:

- O QUE TENGAN SUS PROPIAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.
- O DENTRO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON EL ASEGURADO, REQUERIMIENTO DE:
- LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES / PERJUICIOS PARA EL ASEGURADO POR ACTOS DE PRESTADORES.
- DEFENSA DEL ASEGURADO POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS CASO QUE EL ASEGURADO SEA DEMANDADO POR ACTOS DE LOS PRESTADORES.

9. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

SE AMPARA:

- CUANDO EL ASEGURADO FUESE RESPONSABLE AÚN EN AUSENCIA DEL CONTRATO, Y
- SIEMPRE Y CUANDO EL ACTO HAYA OCURRIDO CON POSTERIORIDAD A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

10. ENSAYOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

COP500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL
 LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ENSAYOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO PARA TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CUMPLIMENTADO CON TODOS Y CADA UNO DE LOS "PARTICIPANTES" EN EL ENSAYO Y AVALADO FEHACIENTEMENTE CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS DE ESTOS PREVIO AL INICIO DE DICHO ENSAYO:

- EL ASEGURADO DEBERÁ PRESERVAR EN SU PODER DICHSO CONSENTIMIENTOS INFORMADOS;
- CUALQUIER ACCIÓN LEGAL Y/O RECLAMO EN CONTRA DEL ASEGURADO POR UN PARTICIPANTE EN UN ENSAYO CLÍNICO Y DE QUIEN EL ASEGURADO NO PUEDA PRODUCIR FEHACIENTEMENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO CON FIRMA Y FECHA SE CONSIDERARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA.

ESTA EXTENSIÓN NO APLICA:

- AL PRODUCTO OBJETO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS;
- AL FABRICANTE, PROVEEDOR, DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEL MISMO.
- A PARTICIPANTES QUE SEAN MENORES DE EDAD, AUN CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LOS PADRES.

GENERALES

- AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A SESENTA (60) DÍAS.

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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

Table with 4 columns: DOCUMENTO, PRODUCTO, ORDEN, and FECHA DE IMPRESIÓN. Includes details like 'Renovación', 'R.C. PROFESIONAL CLINICAS', 'ORDEN 1', and dates '12/2022' and '07/2024'.

DATOS GENERALES

TOMADOR: HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN: CARRERA 48 # 32-102
EMAIL: lgiraldo@hgm.gov.co
NIT/CC: 890904646
TEL/MOVIL: 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO, PERO NO LIMITÁNDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y EL CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.
- MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.
- REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN SESENTA (60) DÍAS.
- SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE ESTA PÓLIZA

SERÁ CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE LA(S) OTRA(S) PÓLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERÁ(N) SER CONSIDERADA(S) COMO PÓLIZA(S) PRIMARIA(S).

SUJETO A :

(A) RECIBO DENTRO DE LOS VEINTE (20) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DE FORMULARIO DE SOLICITUD, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO, CON FECHA RECIENTE Y FIRMADO POR EL ASEGURADO O POR SU REPRESENTANTE LEGAL.

(B) CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS VEINTE (20) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, DE CONFORMIDAD AL TEXTO QUE SE PROVEE MÁS ABAJO.

CONDICIONES GENERALES:

- CLAUSULADO APLICABLE: SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008
- EXCLUSIONES: ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008

***MEMBRETE DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO:

POR MEDIO DE LA PRESENTE, DEJO CONSTANCIA DE QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE NINGUNA RECLAMACIÓN O TRANSACCIÓN DE TIPO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, CIRCUNSTANCIA, DECISIÓN, EVENTO, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN, ACTO, ERROR U OMISIÓN PENDIENTE EN CONTRA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO, POR ACTOS OCURRIDOS A PARTIR DEL 13 DE MARZO DEL 2002, DIFERENTES A LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA EFECTOS DE SU EVALUACIÓN, SUSCRIPCIÓN Y DECISIÓN FINAL RESPECTO A MI SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.

ENTIENDO QUE, DE TENER CONOCIMIENTO DE CUALQUIER EVENTO, CIRCUNSTANCIA, TRANSACCIÓN, DECISIÓN, ASUNTO, HECHO, SITUACIÓN, ACTO, ERROR U OMISIÓN QUE PUDIERA DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN BAJO LA PRESENTE PÓLIZA Y QUE NO HAYA SIDO DECLARADA A LA FECHA DE ESTA CARTA, QUEDARÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA BAJO LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA, ASI COMO CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE NO HAYA SIDO NOTIFICADA EN TIEMPO Y FORMA.

ENTIENDO ADEMÁS QUE AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO:

- CONFIRMO QUE HE PRESENTADO A MI ASEGURADOR ACTUAL UN INFORME CONTENIENDO TODOS LOS RECLAMOS TANTO RECIBIDOS COMO POTENCIALES, INCLUYENDO INCIDENTES Y/O EVENTOS QUE INCLUYEN A LOS SIGUIENTES TIPOS:

1. PACIENTES A LOS CUALES SE LES HAN REEMBOLSADO, TOTAL O PARCIALMENTE, HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS DEBIDO A SU INSATISFACCIÓN CON LOS MISMOS
2. PACIENTES QUE HAYAN REHUSADO PAGAR LOS HONORARIOS PROFESIONALES POR SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS DEBIDO A SU INSATISFACCIÓN CON LOS MISMOS
3. PACIENTES QUE HAYAN AMENAZADO Y/O MANIFESTADO SU INTENCIÓN DE DEMANDARNOS, INDEPENDIEMENTE DE LA CAUSA Y/O MOTIVO
4. PACIENTES O CUALQUIER PERSONA EN SU REPRESENTACIÓN QUE HAYAN SOLICITADO COPIA DE SU HISTORIA CLÍNICA, INDEPENDIEMENTE DE LA CAUSA Y/O MOTIVO
5. PACIENTES QUE HAYAN EXPRESADO CUALQUIER TIPO DE INSATISFACCIÓN CON LOS RESULTADOS DE CUALQUIER SERVICIO RECIBIDO

- ACEPTO EXPRESAMENTE A QUE ESTE DOCUMENTO SEA ANEXADO AL FORMULARIO DE SOLICITUD COMO PARTE INTEGRAL DEL MISMO.

FIRMA DEL ASEGURADO O SU REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE COMPLETO Y TÍTULO DEL FIRMANTE

FECHA DE LA FIRMA
CIUDAD DONDE SE FIRMA

EXCLUSIONES

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008 SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

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.

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB008445



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', '3221363', 'MEDELLIN', 'TRANSVERSAL 39B 70-67', '07/2024'.

DATOS GENERALES

TOMADOR: HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN: CARRERA 48 # 32-102
EMAIL: lgiraldo@hgm.gov.co
NIT/CC: 890904646
TEL/MOVIL: 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

1. "ACTOS MÉDICOS" REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL

(A) CUANDO SU UTILIZACIÓN REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN, (B) CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y (C) CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL "PACIENTE" Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.

- 2. CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE QUE NO SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
3. DAÑOS GENÉTICOS, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA U ORIGEN.
4. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
5. ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL, GUERRA CIVIL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, CONFISCACIÓN, GUERRILLA, TERRORISMO, HUELGA, LOCK OUT, TUMULTO POPULAR, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, MALEVOLENCIA POPULAR Y SUCESOS DE NATURALEZA SIMILAR.
6. RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN.
7. RECLAMACIONES DERIVADAS DE CONDENAS DE TUTELA O ACCIONES SIMILARES EN DONDE NO SE HAYA VENTILADO Y ESTABLECIDO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.
8. RECLAMACIONES POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALIAS CONGÉNITAS. EN ESTE ÚLTIMO EVENTO, EN TODO CASO, QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN.
9. RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA EL EMBELLECIMIENTO POR RAZONES PURAMENTE ESTÉTICAS, INCLUYENDO LIPOESCUCCIÓN O LIPOESCULTURA O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
10. RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER OBESIDAD Y CUYO ORIGEN NO SEA PURAMENTE DE TIPO ENDOCRÍNICO. DEBERÁ EXISTIR EL ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO MÉDICO INTEGRAL RECIENTE - POR MÁS DE 18 MESES SIN ÉXITO - SALVO OCASIONES CUYO RIESGO DE MUERTE JUSTIFIQUE EL NO HABER TENIDO TRATAMIENTO PREVIO Y CUANDO LA TÉCNICA UTILIZADA SEA:
O DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA TIPO SCOPINARO O SWITCH DUODENAL; O
O GASTRECTOMÍA VERTICAL EN MANGA (SLEEVE); O
O BY-PASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX; O
O BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.

EN TODO CASO QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN.

- 11. DAÑOS POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, EXCEPTO CUANDO EL SEXO DEL PACIENTE HAYA SIDO DETERMINADO INCORRECTAMENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, POR UNA ENFERMEDAD GENÉTICA O POR UN DEFECTO ANATÓMICO. EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA SERÁ UNA CONDICIÓN PREVIA A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. EN TODO CASO QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE LAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON EL RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN.
12. RECLAMACIONES POR GASTOS Y COSTOS, PÉRDIDA O DAÑO O LESIÓN CORPORAL (INCLUYENDO ANGUSTIA EMOCIONAL O TRAUMA MENTAL O FOBIA), QUE SEA REAL O QUE SE ALEGA HA SIDO CAUSADO, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CONTRIBUIDO O EN CUALQUIER FORMA RELACIONADA A CONTAMINACIÓN DE SANGRE QUE CAUSE EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO (SIDA) O SUS AGENTES PATÓGENOS Y/O HEPATITIS QUE NO SEA A Y/O ENFERMEDAD DE CREUTZFELD-JACOB (CJD), CUANDO EL ASEGURADO NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODAS LAS NORMAS Y REQUISITOS RECONOCIDOS Y ENFERMEDAD NACIONAL E INTERNACIONALMENTE PARA LA DISPOSICIÓN Y MANEJO DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.
13. RECLAMACIONES CAUSADAS O DERIVADAS DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA (SARM) O CAUSADAS O DERIVADAS DEL CANDIDA AURIS.
14. RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTA COBERTURA, O A SU FECHA DE RETROACTIVIDAD, CUALQUIERA QUE APLIQUE.
15. RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
16. RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
17. RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.
18. RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
19. RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO Y CUANDO DICHO PACIENTE ESTÉ SIENDO ACOMPAÑADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEL ASEGURADO.
20. RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS, PROPIA E INHERENTE A LOS FABRICANTES DE LOS MISMOS.
21. RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA A UNA PERSONA CUANDO TAL DECISIÓN SE BASE EN SU INCAPACIDAD PARA SUFRAGAR LOS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
22. RECLAMACIONES HECHAS EN CONTRA DE CUALQUIER DIRECTOR O FUNCIONARIO O EMPLEADO DEL ASEGURADO ORIGINADAS DE CUALQUIER ERROR U OMISIÓN ILEGAL O NEGLIGENTE, O UN ABUSO REAL O ALEGADO DE ABUSO DE CONFIANZA, VIOLACIÓN DE GARANTÍA DE AUTORIDAD, O INCUMPLIMIENTO DE DEBER COMETIDO O INTENTADO POR DICHO DIRECTOR O FUNCIONARIO O EMPLEADO CUANDO DICHO RECLAMO ES REALIZADO SOLAMENTE POR LA RAZÓN DE MANTENER EL PUESTO DE DIRECTOR O FUNCIONARIO O EMPLEADO Y POR HABER ACTUADO EN ESA CAPACIDAD.
23. RECLAMACIONES REALIZADAS POR CUALQUIER PERSONA POR LESIÓN CORPORAL, LESIÓN MENTAL, ENFERMEDAD O MUERTE SUFRIDA, CONTRAÍDA O QUE OCURRA DURANTE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE CON EL ASEGURADO, O POR CUALQUIER INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO COMO PATRONO DE CUALESQUIERA EMPLEADOS A MENOS QUE ESTA PERSONA HAYA SIDO ADMITIDA COMO UN PACIENTE DEL ASEGURADO.

[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
AA084516

FACTURA
AB008445



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AB008166	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	3221363
AGENCIA	MEDELLIN	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67	USUARIO	CMENA
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
23	12	2022	DESDE	DD	30
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30
			MM	12	AAAA
			MM	12	AAAA
			AAAA	2022	HORA
			AAAA	2023	HORA
					00:00
					24:00
					FECHA DE IMPRESIÓN
					11
					07
					2024
					DD
					MM
					AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102 **EMAIL** lgiraldo@hgm.gov.co **NIT/CC** 890904646
TEL/ MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

24. RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA.
 25. RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS EN TABLADAS/FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE COLOMBIA, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXEQUATUR EN COLOMBIA.
 26. CORONAVIRUS EXCLUSIÓN:
 LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGA COBERTURA A CUALQUIER RECLAMO CAUSADO DE CUALQUIER MANERA POR O RESULTANTE DE:
 A. ENFERMEDAD CORONAVIRUS (COVID-19);
 B. SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2);
 C. CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE SARS-COV-2;
 D. CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DE A), B) O C) ANTERIORES.
 27. EXCLUSIÓN POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:
 NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO DENTRO DE ESTE CONTRATO DE REASEGURO, EL PRESENTE EXCLUYE LAS PÉRDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA, PROVOCADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A LOS QUE HAYA CONTRIBUIDO, QUE RESULTEN, SURJAN O SE RELACIONEN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O SOSPECHADA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A LA MISMA.
 CONFORME SE UTILIZA EN EL PRESENTE, UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD QUE PUEDA TRANSMITIRSE MEDIANTE ALGUNA SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO EN EL QUE:
 A. LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYA, MAS NO SE LIMITE A, UN VIRUS, BACTERIA, PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE LOS ANTERIORES, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y
 B. EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN, YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, TRANSMISIÓN POR AIRE, TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO O ENTRE ORGANISMOS, Y
 C. LA ENFERMEDAD, SUSTANCIA O AGENTE PUEDE PROVOCAR O AMENAZAR PROVOCAR LESIÓN CORPORAL, ENFERMEDAD, DAÑO A LA SALUD HUMANA, BIENESTAR HUMANO O BIENES.

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.