

SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA084516

FACTURA  
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |            |                                 |                           |          |         |    |    |         |         |                    |       |    |    |      |
|---------------------|------------|---------------------------------|---------------------------|----------|---------|----|----|---------|---------|--------------------|-------|----|----|------|
| DOCUMENTO           | Renovacion | PRODUCTO                        | R.C. PROFESIONAL CLINICAS |          |         |    |    | ORDEN   | 1       |                    |       |    |    |      |
| CERTIFICADO         | AB032045   | FORMA DE PAGO                   | Contado                   | TELEFONO | 3221363 |    |    | USUARIO | SPMEJIA |                    |       |    |    |      |
| AGENCIA             | MEDELLIN   | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 39B 70-67 |                           |          |         |    |    |         |         |                    |       |    |    |      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |            |                                 | VIGENCIA DE LA POLIZA     |          |         |    |    |         |         | FECHA DE IMPRESIÓN |       |    |    |      |
| 27                  | 12         | 2023                            | DESDE                     | DD       | 30      | MM | 12 | AAAA    | 2023    | HORA               | 00:00 | 11 | 07 | 2024 |
| DD                  | MM         | AAAA                            | HASTA                     | DD       | 30      | MM | 12 | AAAA    | 2024    | 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                                        | TEL/ MOVIL          | 3847300000 |
| ASEGURADO    | HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E | NIT/CC              | 890904646  |
| DIRECCIÓN    | CARRERA 48 # 32-102                                        | TEL/ MOVIL          | 3847300000 |
| BENEFICIARIO | USUARIOS DEL SERVICIO O TERCEROS AFECTADOS                 | NIT/CC              | 151515151  |
| DIRECCIÓN    |                                                            | TEL/ MOVIL          | 6015922929 |
|              | EMAIL                                                      | notiene@notiene.com |            |

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN                                                                    | VALOR ASEGURADO    | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR     | PRIMA  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|---------------------|--------|
| Responsabilidad Civil Clínicas 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    | \$687,500,000.00 |        | \$130,625,000.00 | \$818,125,000.00 |

| COASEGURO |               |
|-----------|---------------|
| COMPANIA  | 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]*

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.

NIT 860028415

|    |    |      |       |    |    |    |    |      |      |      |       |    |    |      |
|----|----|------|-------|----|----|----|----|------|------|------|-------|----|----|------|
| 27 | 12 | 2023 | DESDE | DD | 30 | MM | 12 | AAAA | 2023 | HORA | 00:00 | 11 | 07 | 2024 |
| DD | MM | AAAA | HASTA | DD | 30 | MM | 12 | AAAA | 2024 | HORA | 24:00 | DD | MM | AAAA |

**TEL/MOVIL 3847300000**

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

**FACTURA**  
AB034355

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  
AA084516

FACTURA  
AB034355



equidad  
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |            |                       |                                           |                    |                       |
|---------------------|------------|-----------------------|-------------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| DOCUMENTO           | Renovación | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS                 | ORDEN              | 1                     |
| CERTICADO           | AB032045   | FORMA DE PAGO         | Contado                                   | USUARIO            | SPMEJIA               |
| AGENCIA             | MEDELLIN   | TELEFONO              | 3221363                                   | DIRECCIÓN          | TRANSVERSAL 39B 70-67 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | 27 12 2023 | VIGENCIA DE LA POLIZA | DESDE 00:00 HASTA 24:00                   | FECHA DE IMPRESIÓN | 11 07 2024            |
|                     | DD MM AAAA |                       | MM 12 AAAA 2023 MM 12 AAAA 2024 HORA HORA |                    | 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

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 ARREGLADOS, 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(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 : LOS BENEFICIOS ADICIONALES ESTÁN SUJETOS A TODOS LOS TÉRMINOS Y ADICIONALES 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 ESTE 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, ESTE 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.

(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.

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  
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |            |               |                           |           |                       |    |    |         |         |                    |       |    |    |      |
|---------------------|------------|---------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----|----|---------|---------|--------------------|-------|----|----|------|
| DOCUMENTO           | Renovacion | PRODUCTO      | R.C. PROFESIONAL CLINICAS |           |                       |    |    | ORDEN   | 1       |                    |       |    |    |      |
| CERTICADO           | AB032045   | FORMA DE PAGO | Contado                   | TELEFONO  | 3221363               |    |    | USUARIO | SPMEJIA |                    |       |    |    |      |
| AGENCIA             | MEDELLIN   |               |                           | DIRECCIÓN | TRANSVERSAL 39B 70-67 |    |    |         |         |                    |       |    |    |      |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |            |               | VIGENCIA DE LA POLIZA     |           |                       |    |    |         |         | FECHA DE IMPRESIÓN |       |    |    |      |
| 27                  | 12         | 2023          | DESDE                     | DD        | 30                    | MM | 12 | AAAA    | 2023    | HORA               | 00:00 | 11 | 07 | 2024 |
| DD                  | MM         | AAAA          | HASTA                     | DD        | 30                    | MM | 12 | AAAA    | 2024    | 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

(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 POLIZA 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 DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

PERSONAL MÉDICO AUXILIAR

1. 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.

RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA 2. MÉDICOS Y CIRUJANOS

(A) 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.

ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS

(B) 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.

APARATOS Y EQUIPOS

3. 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.

SUMINISTRO DE BEBIDAS, ALIMENTOS Y MATERIALES

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

ESTUDIANTES DE PRE Y POST GRADO

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  
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                       |                       |                       |                           |           |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|
| DOCUMENTO             | Renovación            | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS | ORDEN     | 1                     |
| CERTICADO             | AB032045              | FORMA DE PAGO         | Contado                   | USUARIO   | SPMEJIA               |
| AGENCIA               | MEDELLIN              | TELEFONO              | 3221363                   | DIRECCIÓN | TRANSVERSAL 39B 70-67 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN   | VIGENCIA DE LA POLIZA |                       |                           |           | FECHA DE IMPRESIÓN    |
| 27 DD 12 MM 2023 AAAA | DESDE                 | DD 30 MM 12 AAAA 2023 | HORA                      | 00:00     | 11 DD 07 MM 2024 AAAA |
|                       | HASTA                 | DD 30 MM 12 AAAA 2024 | HORA                      | 24:00     |                       |

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

5. 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.

MATERNIDAD

6. 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.

SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS

7. 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.

o ATENCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA DE FONOAUDIOLOGÍA MEDIANTE EMPLEADOS DIRECTOS DEL MISMO ASEGURADO O POR PROFESIONALES MÉDICOS CONTRATADOS COMO TERCEROS PARA PROVEER LOS SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

o 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:

o 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.

8. 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.

9. 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 DICHO

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS:

o 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;

o AL FABRICANTE, PROVEEDOR, DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEL MISMO.

o A PARTICIPANTES QUE SEAN MENORES DE EDAD, AUN CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LOS PADRES.

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

GENERALES - o 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.

o MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

o REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN SESENTA (60) DÍAS.

o SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE

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  
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

|                     |            |                       |                           |                    |                       |
|---------------------|------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| DOCUMENTO           | Renovación | PRODUCTO              | R.C. PROFESIONAL CLINICAS | ORDEN              | 1                     |
| CERTICADO           | AB032045   | FORMA DE PAGO         | Contado                   | USUARIO            | SPMEJIA               |
| AGENCIA             | MEDELLIN   | TELEFONO              | 3221363                   | DIRECCIÓN          | TRANSVERSAL 39B 70-67 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |            | VIGENCIA DE LA PÓLIZA |                           |                    |                       |
| 27                  | 12         | 2023                  | DESDE                     | DD                 | 30                    |
| DD                  | MM         | AAAA                  | HASTA                     | DD                 | 30                    |
|                     |            |                       |                           | MM                 | 12                    |
|                     |            |                       |                           | AAAA               | 2023                  |
|                     |            |                       |                           | HORA               | 00:00                 |
|                     |            |                       |                           | HORA               | 24:00                 |
|                     |            |                       |                           | FECHA DE IMPRESIÓN |                       |
|                     |            |                       |                           | DD                 | 07                    |
|                     |            |                       |                           | MM                 | 2024                  |
|                     |            |                       |                           | AAAA               |                       |

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E  
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

EMAIL lgirald@hgm.gov.co

NIT/CC 890904646  
TEL/MOVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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  
) 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.

B  
) CONFIRMACIÓN POR PARTE DE LA CEDENTE DE QUE EL CLIENTE TIENE RETROACTIVIDAD DESDE 2007 DE FORMA ININTERRUMPIDA CON EL LÍMITE ASEGURADO DE COP 2.500.000.000  
C) LISTADO DE LA SINISTRALIDAD DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS CON DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS, VALORES ACTUALIZADOS, MONTO DE LAS RESERVAS, VALORES PAGADOS Y FECHAS DE OCURRENCIA Y REPORTE.

CONDICIONES GENERALES:

- CIRUGÍA PLÁSTICA / ESTÉTICA: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA / COSMÉTICA A MENOS QUE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y/O ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA SEA TOTALMENTE NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O DEFORMACIÓN CONGÉNITA
- IVF- FERTILIZACIÓN IN VITRO / ESTERILIZACIÓN / ABORTO: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS O ATRIBUIBLES A LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO, PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN Y/O CUALQUIER OTRA OPERACIÓN/ TRATAMIENTO DESTINADA A LA TERMINACIÓN/ INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO A MENOS QUE SEA CLÍNICAMENTE INDICADA
- ESTA PÓLIZA NO CUBRE, NINGUN RECLAMO (DE CUALQUIER NATURALEZA, TALES COMO PERO NO LIMITADO A CIVIL, PENAL, DISCIPLINARIO, ÉTICO ADMINISTRATIVO), PÉRDIDA O DAÑOS YA SEA MATERIALES O PERSONALES, PATRIMONIALES O EXTRAPATRIMONIALES, PUNITIVOS, MULTIPLICADOS O DE CUALQUIER OTRO TIPO (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: ANGUSTIA EMOCIONAL, TRAUMA MENTAL, CUALQUIER TIPO DE FOBIA, INTERRUPTIÓN DE NEGOCIOS, SUFRIMIENTO FÍSICO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS POR HABER SIDO O ESTADO EXPUESTO A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS O INFECCIOSAS, ETC.), NI NINGUN TIPO DE GASTOS; QUE PROVENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE (CAUSADOS Y/O RELACIONADOS DE ALGUNA MANERA) CON: EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), Y/O SÍNDROME DE DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), Y/O HEPATITIS, Y/O ENFERMEDAD CREUTZFEL- JACOB, Y/O ZIKA, Y/O NINGUN TIPO DE CORONAVIRUS (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A COVID-19), Y/O CUALQUIER VIRUS O BACTERIA (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: EBOLA, BIRD FLU, SARS, MERS, SWINE FLU, ETC.), Y/O SUS AGENTES PATÓGENOS Y/O O CUALQUIER ENFERMEDAD DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SE CONSIDERE EPIDÉMICA Y/O QUE SE CONSIDERE PANDEMICA, O QUE HAYA SIDO DECLARADA EN CUALQUIER FORMA YA SEA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y/O GOBIERNO DE UN PAÍS Y/O CUALQUIER OTRA ENTIDAD OFICIAL O NO COMO EPIDEMIA Y/O PANDEMIA.
- BANCOS DE SANGRE: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE SANGRE, EXCEPTO CUANDO ESTÉN EXCLUSIVAMENTE PROPORCIONANDO PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO
- MANIPULACIÓN GENÉTICA: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE DAÑOS GENÉTICOS Y/O MANIPULACIÓN DE MATERIA GENÉTICA.
- LASIK: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE O EN CONEXIÓN CON EL DESEMPEÑO DE LASIK (LASER IN SITU KERATOMILEUSIS)
- DELEGACIÓN: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE TRATAMIENTOS, SERVICIOS, Y / U OTROS ACTOS MÉDICOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS Y QUE SEAN DELEGADOS A PERSONAL NO MÉDICO DIFERENTES A MÉDICOS RESPONSABLES.
- ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN Y/O SEA ATRIBUIBLES O FORMULADAS AL ASEGURADO Y QUE SEAN RELACIONADAS Y/O DERIVADAS DE CUALQUIER TIPO DE ATAQUE SEXUAL, ABUSO Y/O ACOSO FÍSICO Y/O SEXUAL Y/O VIOLACIÓN, DISCRIMINACIÓN SEXUAL ASÍ COMO CUALQUIER EVENTO QUE ATENTE CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL DE INDIVIDUO, Y QUE SUCEDAN TANTO CON EL PRETEXTO DE TRATAMIENTO O DE FORMA AISLADA E INDEPENDIENTE DE DICHO PRETEXTO Y/O EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO MÉDICO O DE FORMA AISLADA E INDEPENDIENTE DEL MISMO TRATAMIENTO.
- RIESGO Y-O ATAQUES CIBERNÉTICOS LMA 5468
- TELEMEDICINA
- REHABILITACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA

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

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.