

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA196714

FACTURA
AA811423



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA942470	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	5922929		USUARIO	MJAIME						
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS											
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
21	10	2021	DESDE	DD	27	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	27	MM	09	AAAA	2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	CLINICA COLSANITAS S.A	NIT/CC	800149384
DIRECCIÓN	AV. CALLE 100 # 11B - 67	TEL/ MOVIL	0916466060
ASEGURADO	CLINICA COLSANITAS S.A	NIT/CC	800149384
DIRECCIÓN	AV. CALLE 100 # 11B - 67	TEL/ MOVIL	0916466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS	NIT/CC	XXXX
DIRECCIÓN	-	TEL/ MOVIL	
EMAIL	RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM		
EMAIL	RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM		
EMAIL	notiene@notiene.com		

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C.

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	\$4,500,000,000.00	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	150,000,000.00 Pesos	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$4,500,000,000.00	\$.00		\$.00	\$.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	000890301584	DELIMA MARSH	%

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
AA196714

FACTURA
AA811423



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO CERTIFICADO		Modificación AA942470	PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS		ORDEN 1	
AGENCIA		BOGOTA CALLE 100	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	USUARIO MJAIME
					5922929	
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN
21	10	2021	DESDE	DD	27	MM
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	27	MM
					09	09
					AAAA	AAAA
					2021	2022
					HORA	HORA
						24:00
						24:00
					02	09
					DD	MM
						AAAA
						2024

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA COLSANITAS S.A

DIRECCIÓN AV. CALLE 100 # 11B - 67

EMAIL RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM

NIT/CC 800149384

TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACION DE POLIZA CON VIGENCIA

09/27/2021 24:00 HASTA 09/27/2022 24:00

INSTITUCIONES MEDICAS SANITAS

GRUPO I

Términos de Colocación Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica

2021 - 2022

Tipo Seguro de Póliza Indemnización Profesional Médica, de

acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original 1. Clínica Campo Abierto OSI S.A.S. - NIT. 900.188.194-2

2. Clínica Colsanitas S.A. - NIT. 800.149.384-6 y demás

empresas de Infraestructura Clínica de Keralty S.A.S. En

Colombia.

3. Fundación Universitaria Sanitas - NIT. 830.113.458-6

4. Medicina Nuclear Palermo Organización Sanitas Internacional S.A.S. -

NIT. 830.135.697-4

5. Oftalmosanitas Cali S.A.S. - NIT. 900.022.253-6

6. Oftalmosanitas S.A.S. - NIT. 830.103.525-9

7. Óptica Colsanitas S.A.S. - NIT. 800.185.773-0

8. Sociedad Clínica Iberoamérica S.A.S. - NIT. 900.397.763-1

9. Unidad de Fertilidad Sanitas S.A.S. - NIT. 900.314.131-1

10. Unidad de Imágenes Avanzadas S.A.S. - NIT. 900.314.131-1

11. Clínica dental KERALTY S.A.S. - NIT. 901.449.584-6

12. Inversiones Clinitas S.A.S. - NIT. 901.041.691-3

13.

14. Se incluyen, así mismo, los establecimientos

denominados Clinisanitas, Laboratorios Clínicos Sanitas y

Odontosanitas.

15. Unidad de cuidados paliativos Presentes S.A.S

NIT.900.566.930-9

Y en general todas las empresas pertenecientes, filiales,

participadas o subsidiarias del grupo, dedicadas a la

prestación y administración de servicios de salud.

Dirección Calle 100 # 11B y 67

Periodo asegurado Desde 14 de septiembre de 2021 al 14 de septiembre de 2022

ambos días a las 00:00 horas

Condiciones

Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas y

Beazley | Seguro de Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria.

Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad

1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten

terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el

desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre

y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del

1 de julio de 2006.

Interes

Garantizar la indemnización de daños y perjuicios como consecuencia de las lesiones personales, muerte y/o enfermedad de

usuarios y en general clientes del Asegurado, causadas con ocasión del ejercicio de su actividad profesional como Entidades

de Servicios de Salud.

Suma asegurada COP4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.

Limite unico y combinado: Limite 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.

Deducible

1. Pago de Perjuicios 10% minimo COP 150.000.000

2. Procesos de conciliación: 15% minimo COP 50.000.000

Reclamos Pagaderos en COP\$

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
AA196714

FACTURA
AA811423



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA942470	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	5922929			USUARIO	MJAIME					
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	DIRECCIÓN							Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS					
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN					
21	10	2021	DESDE	DD	27	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	27	MM	09	AAAA	2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA COLSANITAS S.A

DIRECCIÓN AV. CALLE 100 # 11B - 67

EMAIL RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM

NIT/CC 800149384

TEL/ MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Cobertura Basica: Responsabilidad por errores y omisiones y responsabilidad civil profesional medica

Retroactividad:

Julio 1 de 2006. (Para inclusiones y exclusiones maximo treinta (30) dias calendario)

Extension De cobertura

Responsabilidad Profesional de Clinica y Hospitales que incluye:
100% del Limite de Indemnizacion por evento / agregado anual.

- Responsabilidad civil profesional medica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasion del desarrollo de la actividad de clinica, hospital y/o institucion privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, en las entidades nombradas como aseguradas en donde el Asegurado presta servicios de salud, de conformidad con los principios y normas que regulan la responsabilidad civil profesional. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil Imputable al Tomador/Asegurado por errores u omisiones involuntarias cometidos por el personal a su servicio y bajo su supervision legal.
- La responsabilidad civil derivada de la posesion y el uso de aparatos y tratamientos medicos con fines de diagnostico o de terapeutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica.
- Cobertura de Danos extrapatrimoniales al 100%
- La responsabilidad civil profesional medica imputable al asegurado por los actos medicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus practicas medicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institucion docente y que realicen los actos medicos bajo la supervision y control de un profesional medico debidamente habilitado.
- Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podra ser mayor al 100% de la ultima prima pagada por el asegurado.
- Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situacion de los asegurados, no obstante, dada la dinamica de la actividad no habra necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creacion o eliminacion de cargos y atencion a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.
- Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos
- Suministro de Alimentos, bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control
- Cobertura de cirugias reconstructivas, la cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado derivada de los danos correspondientes a las reclamaciones al asegurado, por la realizacion de cirugias reconstructivas posterior a un accidente y las cirugias correctiva de anomalidades congenitas.
- Lucro Cesante
- La responsabilidad civil profesional medica imputable al asegurado por los actos medicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus practicas medicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institucion docente y que realicen los actos medicos bajo la supervision y control de un profesional medico debidamente habilitado.
- Se amparan la presentacion de fianzas, incluido los embargos. La poliza ampara: Caucciones Judiciales: LA COMPANIA reconocera el costo de las caucciones en relacion con el proceso que se adelante como consecuencia de un dano amparado en la poliza. Las Caucciones seran cubiertas dentro del Limite de Indemnizacion y no en adiccion al mismo. Los pagos realizados por este concepto reduciran el monto del Limite de Indemnizacion. No obstante, LA COMPANIA no estara obligada a expedir dichas caucciones.
- Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.

Exclusiones principales

Las principales exclusiones de la presente poliza son:

- h Actos medicos prohibidos por leyes especificas o por regulaciones emanadas de autoridades sanitarias u otras autoridades competentes, o no autorizados por las autoridades competentes cuando tal autorizacion fuese necesaria, o no permitidos de acuerdo con los criterios profesionales aceptados para la practica de la prestacion de servicios profesionales de atencion en la salud de las personas, salvo que se trate de actos medicos y/o actividades de la Unidad de Investigacion del asegurado.
- h Actos medicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones cientificas legalmente reconocidas, salvo aquellos de caracter cientifico - experimental utilizados como ultimo remedio para el i\$pacientej a raiz de su condicion.
- h Salvo que se trate de la atencion de una urgencia vital se excluyen los actos medicos realizados bajo direccion, supervision o aprobacion del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitacion legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos medicos no exista, ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.
- h El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte de los asegurados, salvo que por mandato legal o por orden de autoridad competente se exija revelar informacion bajo reserva.
- h Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus caracteristicas distintivas, aunque sea con el consentimiento del i\$pacientej. Esta exclusion no aplica tratandose de pacientes hermafroditas.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PAGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del pais nuestra linea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA196714

FACTURA
AA811423



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA942470	FORMA DE PAGO	Contado		TELEFONO	5922929				USUARIO	MJAIME				
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100				DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN				
21	10	2021	DESDE	DD	27	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	02	09	2024	
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	27	MM	09	AAAA	2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA COLSANITAS S.A. NIT/CC 800149384
DIRECCIÓN AV. CALLE 100 # 11B - 67 EMAIL RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM TEL/ MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

¿h Responsabilidad por la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento de un embarazo o de una procreación, salvo en los casos en que dicho procedimiento sea realizado en cumplimiento de un mandato legal. Se cubre la provocación de un embarazo o de una procreación siempre y cuando se realice a través de métodos científicamente probados por las ciencias medicas y aprobadas por la ley.

¿h El incumplimiento de algun convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico.

¿h La provocación intencional del dano (dolo) en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud.

¿h Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

¿h Actos medicos que importen danos por contaminación de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional medico en el ejercicio de su profesion, incluyendo pero no limitandose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de areas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos medicos. Sin embargo, estan cubiertas las reclamaciones formuladas por pacientes o terceros en nombre de estos, por los perjuicios causados como resultado de un acto malintencionado del personal al servicio del asegurado y/o terceros.

¿h Sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de caracter administrativas.

¿h Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasion de enemigo extranjero, guerra civil, revolucion, insurreccion, huelga, motin, conmocion civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisicion y destruccion de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios politicos y sabotajes con explosivos.

¿h Contagio, infeccion, irradiacion, exposicion a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraida durante la vigencia de un contrato de servicio o aprendizaje de cualquier tercero con el asegurado a menos que sea consecuencia de un hecho accidental, subido e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

¿h Reclamos por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas a los asegurados o a su representante por el ¿spaciente¿ y/u otra persona natural o juridica a nombre del ¿spaciente¿, y con relacion a la prestación de servicios y/o tratamientos a dicho ¿spaciente¿ por parte de los asegurados, excepto aquellos originados por un reclamo debidamente amparado por las condiciones generales de la poliza.

¿h Danos a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actue en su nombre, incluyendo danos por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparicion de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparicion o dano.

¿h La responsabilidad civil profesional diferente a la provista por esta poliza tal como la responsabilidad civil profesional de ingenieros, arquitectos, abogados, entre otros. Lo anterior, salvo que sus actos tengan trascendencia en un acto medico que origine responsabilidad del asegurado.

¿h Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al ¿spaciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir mas pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atencion debido a que el nivel de complejidad de los servicios que requiere es diferente al que presta el asegurado y/o en los eventos en los cuales el asegurado no cuenta con los recursos para prestar la atencion al paciente, tales como: atencion de tipo psiquiatrico y obstetricia (atencion parto); sin embargo, en estos ultimos dos casos (psiquiatrico y obstetricia) el Asegurado prestara la atencion prioritaria cuando sea pertinente, y remitira al paciente a otras instituciones.

¿h El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza; así como tambien los danos causados por la accion paulatina de gases o vapores, edimentaciones o deshechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho, hundimiento de terreno y sus mejoras, por corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua, siempre que se deriven como consecuencia de un acto de la naturaleza.

Sin embargo, la presente poliza indemnizara los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasion de su actividad.

¿h El incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

¿h La contaminación del medio ambiente, incluyendo contaminación por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subido, repentino e imprevisto.

¿h El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

¿h El uso de armas de fuego con excepción de aquellas utilizadas por personal autorizado y capacitado para garantizar la vigilancia de los predios y actividades del asegurado.

¿h Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

¿h Danos causados por la aplicación de anestesia general o, que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si tal procedimiento no fuese realizado por un profesional debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de una institucion debidamente equipada y acreditada para tal fin.

¿h Perdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a perdida de utilidades, perdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta poliza.

¿h Con respecto a productos y equipos para el diagnostico o la terapeutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes,

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
AA196714

FACTURA
AA811423



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA942470	FORMA DE PAGO	Contado		TELEFONO	5922929		USUARIO	MJAIME					
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	DIRECCIÓN							Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS					
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN					
21	10	2021	DESDE	DD	27	MM	09	AAAA	2021	HORA	24:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	27	MM	09	AAAA	2022	HORA	24:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA COLSANITAS S.A

DIRECCIÓN AV. CALLE 100 # 11B - 67

EMAIL RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM

NIT/CC 800149384

TEL/MOVIL 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

¿h La responsabilidad civil patronal o de cualquier obligación de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud de cualquier ley o reglamento sobre accidentes de trabajo, riesgos profesionales, compensación para desempleados o beneficios por muerte, invalidez, o incapacidad, o bajo cualquier ley o institución de seguridad semejante, sea publica o privada.

¿h Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto) Jurisdicción y Ley aplicable

Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los terminos de esta póliza estara sujeta exclusivamente a la jurisdicción de los Jueces de Colombia.

Cada parte acuerda en someterse a la jurisdicción Colombiana para conformar todos los requisitos necesarios para someterse a la jurisdicción de los jueces.

El idioma utilizado para la interpretacion de esta póliza sera el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.

CLAUSULA DE INTERMEDIACION Y CORRETAJE DE REASEGUROS

Aon Reinsurance Colombia - Corredores de Reaseguros es reconocido por el presente contrato como el Intermediario de Reaseguro que han negociado el mismo y a través del cual todas las comunicaciones, acuerdos y acciones relacionadas con este contrato (incluyendo pero no limitado a notificaciones, primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, salvamentos y pagos de siniestros) serán transmitidas. Cualquier información referente al manejo del presente contrato así como cualquier pago de primas, primas de retorno, comisiones, impuestos, pérdidas, gastos de ajuste de pérdidas, recuperaciones y pagos de siniestros, se hará por ese conducto Los servicios del Intermediario de Reaseguro serán prestados en la República de Colombia pero en favor del reasegurador que tiene su domicilio en el exterior.

AON REINSURANCE COLOMBIA

UNIDAD DE RIESGOS FINANCIEROS Y PROFESIONALES

TEXTOS

CLAUSULA DE COOPERACIÓN RECLAMOS

Se entiende y se acuerda que como una condición precedente a una obligación bajo esta póliza:

- a) el asegurado deberá, una vez tenga conocimiento de algún reclamo, o circunstancia que pueda dar lugar a un reclamo, dar aviso inmediato al asegurador lo antes posible y en cualquier evento antes de 30 días;
- b) el asegurado le facilitará inmediatamente al asegurador toda la información y los papeles relacionados con tal reclamo o tal situación, y prestará total cooperación en la negociación de arreglo y ajuste del mismo; y c) el asegurador tendrá derecho a nombrar ajustadores y/o representantes que actúen a nombre suyo para controlar todas las negociaciones, ajustes, y arreglos relacionados con tal reclamo o reclamos;
- d) el asegurado cooperará con los aseguradores y/o representantes designados que suscriben/respaldan esta póliza, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancia que dé lugar a una pérdida.

Todos los demás términos y condiciones no modificados por el presente endoso, continúan vigentes y sin modificación alguna.

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA

Este Suplemento modifica la cobertura bajo:

<NOMBRE DEL PRODUCTO>

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que:

Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:

Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia

De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:

transmisión de cualquier:

Enfermedad Contagiosa Enumerada, o

Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia, por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios

a. para o en nombre de un asegurado,

(iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona; 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.

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;

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;

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

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
AA196714

FACTURA
AA811423



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AA942470	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MJAJME
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100	TELEFONO	5922929	DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
FECHA DE EXPEDICIÓN	21 10 2021	VIGENCIA DE LA POLIZA	DESDE 27 09 2021 HASTA 27 09 2022	FECHA DE IMPRESIÓN	02 09 2024
	DD MM AAAA		MM DD MM AAAA		DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 800149384
DIRECCIÓN AV. CALLE 100 # 11B - 67 **EMAIL** RECEPCIONFECLI@FE.COLSANITAS.COM **TEL/ MOVIL** 0916466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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.
A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un huésped humano u otro animal, incluyendo a título enunciativo pero no limitativo cualquier bacteria, virus, moho, hongo, parásito u otro vector, y cuyos agentes biológicos o sus toxinas se transmiten directa o indirectamente a personas infectadas por contacto físico con una persona infecciosa, consumiendo alimentos o bebidas contaminados, contacto con fluidos corporales contaminados, contacto con objetos inanimados contaminados, inhalación, mordida de un animal infectado, insecto o garrapata o cualquier otro medio. **Enfermedad contagiosa** incluye **Enfermedad contagiosa** enumerada.
Enfermedad contagiosa enumerada significa la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), cualquier otra enfermedad causada por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV 2), o cualquier enfermedad causada por cualquier mutación o variación de tal enfermedad.
Epidemia significa la ocurrencia generalizada de una **Enfermedad contagiosa** que afecta a un número elevado de personas que constituya un aumento en el número de casos de dicha **Enfermedad contagiosa** por encima de lo que normalmente se espera dentro de una población, comunidad o región durante un determinado período de tiempo.
Inmunidad significa toda exención de responsabilidad frente a cualquier reclamación o demanda o responsabilidad, limitación de la responsabilidad u otra protección jurídica contra la responsabilidad civil o penal otorgada a cualquier persona o entidad en virtud de cualquier ley, reglamento, ordenanza, decreto, declaración de cualquier organismo autonómico 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 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.

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO

No obstante lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a treinta (30) días calendario el término de aviso de siniestro, contados a partir de la fecha en que el asegurado haya conocido o debido conocer su ocurrencia.
Todos los demás términos y condiciones no modificados, continúan en vigor.

ENDOSO DE EXCLUSIÓN DE GUERRA Y TERRORISMO:

No obstante cualquier estipulación en contrario dentro de este seguro o en algún endoso al mismo, queda acordado que este seguro excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que sea directa o indirectamente causado por, que resulte de o en conexión con cualquiera de lo siguiente, independientemente de cualquiera otra causa o evento que contribuya con la pérdida en forma concurrente o en alguna otra secuencia:

- (1) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se haya declarado o no la guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conmoción civil que asuma las proporciones de, o ascienda a un levantamiento, poder militar o usurpado; o
- (2) Algún acto de terrorismo.

Para propósitos de este endoso, un acto de terrorismo significa un acto, incluyendo pero no limitado al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza de estas, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solas o en nombre de, o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), cometido con propósitos políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influir sobre algún gobierno y/o atemorizar al público o a una sección del público.

Este endoso también excluye pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado por, resulte de o en conexión con alguna acción tomada para controlar, evitar, suprimir o en alguna forma esté relacionada con los párrafos (1) y/o (2) anteriores.

Corresponderá al asegurado probar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. El asegurador deberá probar lo hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

En el caso que se encuentre que alguna parte de este endoso es inválido o de imposible cumplimiento, el resto permanecerá en todo vigor y efecto.

NMA2919
08/10/2001

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN

(Aprobada por la Asociación de Suscriptores No Marítimos de Lloyd's)

Esta Póliza podrá cancelarse en cualquier momento mediante solicitud del

Asegurado por escrito al Corredor que haya constituido el seguro, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima de corto plazo acostumbrada.

Esta Póliza también podrá cancelarse por parte o a nombre de los aseguradores mediante aviso por escrito al Asegurado con 30 días de antelación dirigido a su última dirección conocida, y la prima pagadera se ajustará de tal forma que los aseguradores reciban o retengan la prima prorrateada correspondiente.

El aviso se considerará debidamente recibida una vez transcurrido el plazo normal del correo si se envía mediante carta con franqueo prepago a la dirección apropiada.

2/12/35
NMA 355

[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.