SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	**ORDEN**	1
CERTICADO	AA879171	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	5922929
AGENCIA	BOGOTA CALLE 100			**DIRECCIÓN**	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
				USUARIO	NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD	30	MM	08	AAAA	2020	**HORA**	00:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD	14	MM	09	AAAA	2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 N° 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	6016466060
ASEGURADO	COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.			**NIT/CC**	860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 N° 11B-67	**E-MAIL**	RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM	**TEL/MOVIL**	6016466060
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			**NIT/CC**	XXXX
DIRECCIÓN	-	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCION	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%	1.00 smmlv	$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$4,500,000,000.00	$51,945,205.00		$9,869,589.00	$61,814,794.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
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
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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA COBRO DE LA PRORROGA DE LA VIGENCIA DE 15 DIAS CORRESPONDIENTES A LA FECHA DEL 30/08/2020 AL 14/09/2020.
****
MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA PRORROGA(15 DIAS).

Tipo
Seguro de Póliza Indemnización Profesional, de acuerdo con lo definido en el texto de la póliza original.

Asegurado Original
Compania De Medicina Prepagada Colsanitas S.A. - NIT. 860.078.828-7
Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. - NIT. 800.251.440-6
Fundacion Keralty - NIT. 800.245.067-7
Medisanitas S.A. Compania de Medicina Prepagada - NIT. 800.153.424-8
Salud Ocupacional Sanitas S.A.S. - NIT. 830.015.429-2

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 # 11 B - 67

Periodo Asegurado: Desde 30 de agosto de 2020 al 30 de Agosto de 2021 ambos días a las 00:00 horas.

Condiciones: Responsabilidad Civil profesional para instituciones médicas ¿ 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.

Interés: 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: Primera Alternativa: COP $4.500.000.000 por toda y cada pérdida y en el agregado anual.
Limite 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.

Deducible: 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada perdida
2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada perdida.

Reclamos
Pagaderos en COP$0

Condiciones de seguro:
1. Cláusula de Acuerdo de Manejo de Control de Reclamos, de acuerdo a texto adjunto.
2. Exclusión de Guerra y Terrorismo, NMA 2919, de acuerdo a texto adjunto.
3. Cláusula de Cancelación NMA 355 modificada a 30 días calendario, de acuerdo a texto adjunto.
4. No renovación tacita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
5. Cláusula de cooperación de reclamos

Cobertura Básica: Responsabilidad por errores y omisiones ¿ responsabilidad civil profesional medica.

Retroactividad: 1 de julio de 2006. (Para inclusiones y exclusiones máximo treinta (30) días calendario). Para el deducible correspondiente a procesos de conciliación, la fecha de retroactividad corresponde: el 21 de febrero de 2020.

Extensión De cobertura: Responsabilidad Profesional de Clínica y Hospitales que incluye: 100% del Límite de Indemnización por evento / agregado anual.

1. Responsabilidad civil profesional médica: Cubre los perjuicios por errores u omisiones involuntarias que el Tomador/Asegurado haya causado con ocasión del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados descritos en la carátula de la póliza, 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 supervisión legal.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. Cobertura de Daños extrapatrimoniales al 100%.

4. La responsabilidad civil profesional médica imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado.

5. Restablecimiento de valor asegurado por pago de siniestro. Hasta por una vez con cobro de prima adicional, el cual no podrá ser mayor al 100% de la última prima pagada por el asegurado.

6. Las cifras contenidas en la solicitud de seguro constituyen una muestra de la situación de los asegurados, no obstante, dada la dinámica de la actividad no habrá necesidad de actualizar durante la vigencia las variaciones de las cifras por creación o eliminación de cargos y atención a pacientes entre otros, siempre y cuando no se haya creado una nueva empresa.

7. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos.

8. Suministro de Alimentos, bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. Bienes bajo cuidado, tenencia y control.

9. Uso de equipos, aparatos médicos y tratamientos médicos. Incluido, bajo la cobertura de RC Profesional; La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

10. Lucro Cesante

11. Se amparan la presentación de fianzas, incluido los embargos. La póliza ampara: Cauciones Judiciales: LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación con el proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante, LA COMPAÑÍA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

12. Se ampara los servicios de telemedicina para lesiones corporales debido a mala praxis.

Las principales exclusiones de la presente póliza son:

Exclusiones principales
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.

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico - experimental utilizados como último remedio para el ¿paciente¿ a raíz de su condición.

Salvo que se trate de la atención de una urgencia vital se excluyen los actos médicos realizados bajo dirección, supervisión o aprobación del asegurado o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado cuando su habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos 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.

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 información bajo reserva.

Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del ¿paciente¿. Esta exclusión no aplica tratándose de pacientes hermafroditas.

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 médicas y aprobadas por la ley.

El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

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

Perjuicios derivados del uso de la energía nuclear con excepción de aquellos que sean consecuencia de la utilización de

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00		02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

la misma como parte de los servicios en salud que presta el asegurado.

Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado no hubiesen cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos. Sin embargo, están 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.

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

Actividades u operaciones de guerra declarada o no, hostilidades, invasión de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, insurrección, huelga, motín, conmoción civil, vandalismo, terrorismo, actos mal intencionados de terceros, conspiraciones, poder militar o usurpado, requisición y destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad, nacional departamental o municipal, disturbios políticos y sabotajes con explosivos.

Contagio, infección, irradiación, exposición a rayos X, o cualquier otro medio, ocurrida o contraída 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, súbito e imprevisto o del mal funcionamiento de los bienes.

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

Daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado, de miembros de su familia o dependientes, o de cualquier persona que actúe en su nombre, incluyendo daños por refacciones, ampliaciones o modificaciones al inmueble, o por la desaparición de bienes, de propiedad de terceros empleados y pacientes salvo que haya responsabilidad del asegurado en dicha desaparición o daño.

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

Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al ¿paciente¿ excepto en los casos en que el asegurado no este en capacidad de recibir más pacientes por insuficiencia en la capacidad disponible asistencial, en los casos que el paciente sea remitido a su red primaria de atención 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 atención al paciente, tales como: atención de tipo psiquiátrico y obstetricia (atención parto); sin embargo, en estos últimos dos casos (psiquiátrico y obstetricia) el HPTU asegurado prestará la atención prioritaria cuando sea pertinente, y remitirá al paciente a otras instituciones.

El deslizamiento de tierras, fallas geológicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupción volcánica o cualquier otra perturbación atmosférica o de la naturaleza; así como también los daños causados por la acción paulatina de gases o vapores, sedimentaciones o deshechos como humo, hollín, 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 póliza indemnizará los perjuicios reclamados por el incumplimiento de los deberes de seguridad en que incurra el asegurado con ocasión de su actividad.

El incumplimiento parcial o total, tardío o defectuoso de pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.

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

El uso, transporte o almacenamiento de explosivos.

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.

Homicidio o lesiones voluntarias, excepto el caso de iatrogenia.

Daños 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 institución debidamente equipada y acreditada para tal fin.

Pérdidas patrimoniales puras incluyendo pero no limitadas a pérdida de utilidades, pérdida de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia de un acto del asegurado cubierto por esta 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

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 pública o privada.

Condiciones

1. Cláusula de Notificación de Responsabilidades independientes ERCAON 027 (LSW1001)
2. Cláusula de no renovación tácita o automática. Es entendido y acordado que no habrá renovación tácita o automática de este seguro.
3. El asegurador nota el artículo 1081 y 1134 del Código de Comercio colombiano.
4. El idioma utilizado para la interpretación de esta póliza será el español como estipulado en el Condicionado de Póliza.
5. Aviso de siniestro 30 días.
6. Cláusula de Cooperación de Reclamos, según anexo.
7. LEY Y JURISDICCIÓN
Con respecto a la interpretación, validez, cumplimiento y/o pagos de indemnizaciones bajo esta Póliza, el presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la Jurisdicción Colombiana.
8. Se entiende y acuerda que el Asegurado asumirá todos los gastos de su propia defensa jurídica en cualquier proceso al que sea llamado, por lo que quedan expresamente excluidos dichos gastos de cualquier cobertura bajo la presente póliza. Sin embargo, en los casos en los que la aseguradora sea llamada en garantía en virtud de una reclamación bajo la presente póliza, se entiende y acuerda que los reaseguradores asumirán los gastos de defensa de la aseguradora.
9. CLÁUSULA DE FLUCTUACIÓN CAMBIARIA No obstante que los valores asegurados se estipulan en Dólares americanos y también el valor de las primas, las partes convienen que el pago del valor de la prima, como de la indemnización en caso de eventual siniestro, se hará en Pesos Colombianos.
Para la liquidación de pago de primas, los pagos en pesos tendrán un valor equivalente al valor del Dólar Americano en la fecha del giro o transferencia; para el giro o transferencia se tomará como valor de referencia el valor de la tasa de cambio del Dólar Americano publicado por el Banco de la República o la entidad competente, en la fecha del giro o transferencia de la prima facturada y para el giro o transferencia de la pérdida del eventual siniestro o pago del siniestro será a la tasa de cambio del día de pago del siniestro.

Pago de prima: 45 DIAS INICIO DE VIGENCIA

Jurisdicción y Ley aplicable: Esta póliza es gobernada y realizada de acuerdo con las leyes de Colombia. Cualquier disputa entre las partes sobre los términos de esta póliza estará 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.

Para efectos del lugar donde se admite se presenten reclamaciones de terceros será igual al ámbito territorial, es decir, Mundial exceptuando EEUU, Canadá y Puerto Rico; aunque para efectos del contrato de seguro la jurisdicción y legislación es Colombia y por tanto, el pago de cualquier reclamación se hará en Colombia

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

Límite Territorial: Colombia

Subjetividades
El reasegurador solicita la siguiente información 30 días después de inicio de vigencia. De no ser así, los reaseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos.

Confirmación del Asegurado de no conocimiento de reclamos o circunstancias que puedan derivar en un reclamo, a la fecha de inicio del periodo de vigencia, diferentes a los compartidos para la cotización.

Confirmación del asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de inicio de vigencia.

Por favor remitir el cuestionario firmado y fechado.

Exclusion de enfermedad contagiosa y pandemia (de acuerdo al texto adjunto).

TEXTOS
EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD CONTAGIOSA Y PANDEMIA
Este Suplemento modifica la cobertura bajo:
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1
CERTICADO AA879171 **FORMA DE PAGO** Contado **TELEFONO** 5922929 **USUARIO** NCALDERON
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		
22	09	2020	DESDE	DD 30	MM 08	AAAA 2020	HORA	00:00		02	09	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 14	MM 09	AAAA 2020	HORA	00:00		DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67 **E-MAIL** RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM **TEL/MOVIL** 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

Como contraprestación a la prima pactada en la Póliza, por la presente se entiende y acuerda que: 1. Se añade la siguiente exclusión a la cláusula <Ref>. EXCLUSIONES:
Enfermedad Contagiosa, Epidemia y Pandemia
De cualquier Reclamación derivada de, basada en, en relación con, resultante de, contribuida por o atribuible directa o indirectamente, en todo o en parte, a cualquier real, alegada o sospechada:
a. transmisión de cualquier:
i. Enfermedad Contagiosa Enumerada, o ii. Enfermedad Contagiosa, que constituya una Pandemia, por (i) un asegurado, (ii) un contratista independiente que presta servicios a, para o en nombre de un asegurado, (iii) un paciente, o (iv) un visitante, a cualquier otra persona;

b. limitar o denegar la atención médica debido a la falta, escasez, disponibilidad limitada, o por seguir las directrices impuestas por el gobierno; o la imposibilidad de conseguir, obtener o conservar cualquier medicamento, personal, equipo o suministros que real o supuestamente ocurran en relación con o como resultado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia; sin embargo, con respecto a cualquier Reclamación que surja de o concerniente al tratamiento médico prestado o no prestado a un paciente bajo el cuidado de un Asegurado, esta subsección (b) se aplicará únicamente con respecto a cualquier paciente que se sospeche que tiene o ha sido diagnosticado de cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o cualquier Enfermedad Contagiosa que constituya una Pandemia.

c. El uso, contratación, retención o supervisión de proveedores médicos que carezcan o supuestamente carezcan de licencia, credencial, privilegios o registro en incumplimiento de las regulaciones u otras leyes vigentes en el momento del supuesto acto, error, omisión u Ocurrencia en relación con cualquier Enfermedad Contagiosa Enumerada o Pandemia;

d. La Responsabilidad Civil o cualquier otro tipo de responsabilidad derivada, o la responsabilidad solidaria de cualquier Asegurado para o con cualquier otro Asegurado, co-acusado/co-demandado, entidad mercantil, negocio, fabricante, proveedor de atención médica, persona o entidad gubernamental a la que se le haya concedido, goce, reclame o afirme la Inmunidad;

e. No actuar de buena fe, con negligencia grave, o dolo que resulte en la pérdida de la Inmunidad. Sin embargo, esta subsección e. no se aplicará a los Gastos de Defensa relacionados con cualquier Reclamación que tenga relación con lo anteriormente expuesto hasta que se dicte una resolución firme, o una decisión de arbitraje vinculante o condena contra el Asegurado, o una admisión de responsabilidad por escrito del Asegurado asumiendo dicha conducta, o bien una declaración de "nolo contenderé" o de que no acepta ni rechaza la responsabilidad de los hechos que se le demandan o imputan, en cuyo momento el Asegurado deberá reembolsar a los Aseguradores todos los Gastos de Defensa incurridos y los Aseguradores no tendrán ninguna otra responsabilidad por Gastos de Defensa.

2. A los efectos de este Suplemento, se añaden las siguientes definiciones:
Enfermedad contagiosa significa una enfermedad o alteración de la salud causada por la infección, presencia y crecimiento de agentes biológicos patógenos en un 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.

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 no antes de 14 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 cooperara 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 perdida.
e) con respecto a la participación del asegurador únicamente, no se hará ningún arreglo y/o compromiso y no se admitirá responsabilidad sobre ningún reclamo sin previo consentimiento escrito del asegurador.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA195705

FACTURA AA757661

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AA879171
AGENCIA BOGOTA CALLE 100
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 5922929
DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
ORDEN 1
USUARIO NCALDERON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
22	09	2020	**DESDE**	DD 30	MM 08	AAAA 2020	**HORA**	00:00	02	09	2024
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 14	MM 09	AAAA 2020	**HORA**	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
NIT/CC 860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 N° 11B-67
E-MAIL RECEPCIONFACTURASCM@FE.COLSANITAS.COM
TEL/MOVIL 6016466060

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO
No obstante, lo indicado en las condiciones generales de esta póliza, se amplía a noventa (90) 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/ó (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.

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 prepagado a la dirección apropiada.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS