

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74	USUARIO	LYEPES
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
31	07	2019	DESDE	DD	01
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01
				MM	08
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
				DD	09
				MM	10
				AAAA	2024

DATOS GENERALES

TOMADOR	CLINICA PORTOAZUL SA	NIT/CC	900248882
DIRECCIÓN	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850	TEL/MOVL	3672600
ASEGURADO	CLINICA PORTOAZUL SA	NIT/CC	900248882
DIRECCIÓN	CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850	TEL/MOVL	3672600
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	21
DIRECCIÓN	TODA COLOMBIA	TEL/MOVL	111111111
EMAIL	carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com	EMAIL	notiene@notiene.com

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA BARRANQUILLA ATLANTICO BARRANQUILLA CR 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$3,000,000,000.00	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	2,500.00 Dolares	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$3,000,000,000.00	\$260,000,013.00		\$49,400,002.00	\$309,400,015.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN
	%

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
000890901604	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S.A.	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar. Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

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

VIGILADO

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
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1
CERTICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070	USUARIO	L'YEPES
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74				
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN	
31 DD	07 MM	2019 AAAA	DESDE HASTA	DD DD	01 01	MM MM	08 08
AAAA	2019	AAAA	2020	HORA	12:00	HORA	12:00
09 DD	10 MM	2024 AAAA					

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA PORTOAZUL SA **NIT/CC** 900248882
DIRECCIÓN CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850 **EMAIL** carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com
TEL/ MOVIL 3672600

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POLIZA NUEVA
=====

1. TOMADOR/ASEGURADO: CLINICA PORTO AZUL S.A.
NIT: 900.248.882-1
2. BENEFICIARIOS: Terceros afectados
3. VIGENCIA: Desde: 01/08/2019 a las 00 horas
Hasta: 31/07/2020 a las 24 horas
4. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
DEL ASEGURADO: Centros de Atención Médica
Actividades de la práctica médica, urgencias, hospitalización, cirugía (en diferentes especialidades), cuidados intensivos
5. COBERTURA: Seguros de Responsabilidad Civil Profesional Médica, que ampara las actividades del asegurado como propietario y operador de la institución médica, incluye todas las actividades que la entidad desarrolle con sus pacientes.
6. CONDICIONES DE SEGURO: Este seguro está sujeto a todos los términos y condiciones del clausulado original en todo lo que es aplicable a este seguro:

1. Cláusula de Seguro completo, como se anexa.
2. Cláusula de Control de Reclamos, como se anexa.
3. Cláusula de Cancelación NMA355, 60 días, como se anexa.
4. Cláusula Especial de Cancelación (enmendada), como se anexa.
5. Cláusula de Pago de Prima, como se anexa.
6. Cláusula de Limitación y Exclusión Sanciones LMA 3100, como se anexa.
7. Ampliación Aviso de Siniestro, 30 días
8. Revocación o cancelación 60 días
Ninguna parte del presente contrato será interpretado como una condición previa o una garantía, a menos que se indique expresamente como tal en el contrato.
7. LÍMITE
ASEGURADO: Alternativa 1: COP 3.000.000.000 por evento y en el agregado anual
Alternativa 2: COP 4.000.000.000 por evento y en el agregado anual
Alternativa 3: COP 5.000.000.000 por evento y en el agregado anual

8. BASE DE LA COBERTURA: CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de JULIO 01 DE 2013
- MODALIDAD DE COBERTURA
RC PROFESIONAL: Claims Made

9. FECHA DE RETROACTIVIDAD: Julio 01 de 2013
10. EXTENSION PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS: DOS (2) AÑOS MÁXIMO BAJO LA COBERTURA DE CLAIMS MADE
1. La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada
2. El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
3. El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima

11. OBJETO DE LA COBERTURA: Indemnizar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, asimilados o desarrollados en el giro normal de sus actividades.

12. CLAUSULADO
APLICABLE: Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas / Hospitales e Instituciones Privadas del Sector de Sanidad de la Equidad Sujeto a revisión y confirmación por parte del Asegurador.

13. COBERTURA: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, asimilados o desarrollados en el giro normal de su actividad. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y

**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
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1
CERTICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070	USUARIO	L'YEPES
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74				
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN	
31	07	2019	DESDE	DD	01	MM	08
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08
				AAAA	2019	HORA	12:00
				AAAA	2020	HORA	12:00
							09
							DD
							MM
							AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA PORTOAZUL SA **NIT/CC** 900248882
DIRECCIÓN CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850 **EMAIL** carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com
TEL/ MOVIL 3672600

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio

especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo. 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.

Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento hasta el 100% del valor asegurado. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delegado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del ASEGURADO en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

DAÑOS PATRIMONIALES

- PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES. Se aclara que la póliza cubre los perjuicios extrapatrimoniales al 100% del límite contratado.

- RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

o Evento: COBERTURA al 25% del límite asegurado

o Vigencia: COBERTURA al 80% del límite asegurado

- GASTOS DE DEFENSA

o Evento: COBERTURA al 100%

o Vigencia: COBERTURA al 100%

- CAUCIONES

o Evento: COBERTURA al 100%

o Vigencia: COBERTURA al 100%

- GASTOS MEDICOS

o Evento Persona: Máximo \$ 10.000.000

o Evento: COBERTURA al 10% del límite asegurado

o Vigencia: COBERTURA al 20% del límite asegurado

14. DEDUCIBLES: 10% de la pérdida, mínimo USD2.500 pero USD 10.000 para reclamos relacionados con

15. CONDICIONES

DE LA POLIZA:

- LÍMITES GEOGRÁFICOS: República de Colombia únicamente.

- LEY Y JURISDICCIÓN: Este seguro será gobernado e interpretado de conformidad con las leyes vigentes en la República de Colombia, todas las partes acuerdan y aceptan el someterse a la jurisdicción y leyes en la República de Colombia.

- AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Aviso no mayor a treinta (60) días.

- COEXISTENCIA DE SEGUROS: En el caso de coexistencia de seguros, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe.

- NOMBRAMIENTO DE AJUSTADOR: De común acuerdo con el asegurado

- CLAUSULA DE ARBITRAJE

- CULPA GRAVE, de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio y siempre y cuando no se asemeje al dolo.

16. CONDICIONES

ADICIONALES:

- GASTOS DE DEFENSA

La cobertura de gastos de defensa se extiende a los gastos de defensa en proceso penal contra el asegurado.

a) La Aseguradora solo reconocerá por honorarios aquellos establecidos en las tarifas del Colegio de Abogados de la respectiva ciudad o los indicados por cada apoderado de la entidad.

b) Los Gastos de Defensa en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización

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
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1							
CERTICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070	USUARIO	L'YEPES							
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74											
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN						
31	07	2019	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2019	HORA	12:00	09	10	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2020	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA PORTOAZUL SA **NIT/CC** 900248882
DIRECCIÓN CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850 **EMAIL** carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com
TEL/ MOVIL 3672600

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

c) Se encuentran incluidas en la cobertura las conciliaciones y transacciones que celebre el Asegurado que tengan por objeto concluir las denuncias o demandas formuladas en su contra, las que deberán contar previamente con la conformidad del Asegurador.

d) La aseguradora no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del Asegurado. Estas conciliaciones y transacciones podrán hacerse dentro del juicio o fuera de él, es decir judicial o extrajudicialmente.

e) El Asegurado no podrán realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito de la Aseguradora.

- DEFINICION DE RECLAMO
 En la Modalidad Claims Made
 La reclamación se configurara para efectos de esta póliza y aplicación de los términos de prescripción, a partir de la notificación para Audiencia de conciliación de demanda solicitando compensación en forma monetaria por perjuicios ocasionados o supuestamente ocasionados, directamente como consecuencia de una acción y/u omisión del asegurado en la prestación de sus servicios, hecha por un tercero y recibida por el asegurado / asegurador y presentada al Asegurador durante el periodo de vigencia del seguro, o dentro del periodo de extensión para la denuncia de reclamos. Si es último aplicase.

- AVISO DE RECLAMO
 No obstante, lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a TREINTA (30) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

- DEFINICION DE SINIESTRO
 Es todo hecho externo, acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que cause un daño o un perjuicio que pueda dar origen a una reclamación de responsabilidad civil extracontractual en contra del Asegurado y afectar este seguro. Se entiende ocurrido el siniestro en el momento en que acaece el hecho externo imputable al Asegurado.

Constituye un solo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debidos a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables

Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

La presente póliza se extiende a amparar al Asegurado por la responsabilidad civil profesional que legalmente le sea imputable por los daños que sufran los pacientes cuando estén siendo transportados en ambulancias, siempre y cuando dichos daños sean generados por profesionales de la salud única y exclusivamente al servicio del Asegurado. Se excluyen daños a terceros, así como los daños que sufra el vehículo u/o ambulancia.

- EXTENSION DEFINICION DE TERCERO
 Para efectos de la presente póliza, las personas con relación laboral con el asegurado; los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado; los contratistas y subcontratistas y sus dependencias; las personas vinculadas con el asegurado con un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios serán considerados terceros, cuando estos ingresen en calidad de pacientes a la entidad.

- COSTOS DEL PROCESO
 LA COMPAÑIA responde, además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
 Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.

- ASISTENCIA EN FORO PENAL

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, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración

- CAUCIONES:

**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
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1							
CERTICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070	USUARIO	L'YEPES							
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74											
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN						
31	07	2019	DESDE	DD	01	MM	08	AAAA	2019	HORA	12:00	09	10	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08	AAAA	2020	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA PORTOAZUL SA
DIRECCIÓN CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850
EMAIL carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com
NIT/CC 900248882
TEL/ MOVIL 3672600

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

a) Las Cauciones serán cubiertos dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del Límite de Indemnización.
 b) El Asegurador no estará obligado a expedir dichas cauciones.

- ENDOSO CIRUGIA ESTETICA
 Intervenciones o cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas, siempre que sea realizada por un especialista. Se excluye procedimientos quirúrgicos de tipo estético o cosmético.

- ACLARACIONES DE LA PÓLIZA
 Cuidado domiciliario (Si Aplica): La póliza se extiende a amparar la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado con ocasión del servicio suministrado por profesionales de la salud autorizados por el asegurado para la prestación del servicio de cuidado domiciliario en casa única y exclusivamente para pacientes de los servicios ofrecidos por el Asegurado.
 Es garantía de la presente cobertura que el Asegurado suministre las instrucciones por escrito, así como dejar los registros del estado del paciente en la historia clínica, órdenes y fórmulas del médico sobre los cuidados en casa.
 Así mismo deberán ser implementados todos los protocolos de seguridad y condiciones de salubridad que sean adecuados para el bienestar de los pacientes. La póliza se extiende a amparar al asegurado por la responsabilidad civil profesional que legalmente le pueda ser imputada con ocasión del servicio domiciliario (cuidado en casa) para pacientes que requieran sistema de ventilación mecánica, única y exclusivamente con personal autorizado y al servicio del asegurado.

Estudiantes de Pre y Post Grado: 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. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no, de conformidad con la Extensión para practicantes y aprendices siempre y cuando se encuentren bajo supervisión de un médico titulado, de conformidad con las condiciones generales de la póliza. Esta cobertura opera en exceso de la póliza de Responsabilidad civil profesional medica que tenga la universidad a la cual este matriculado el estudiante en práctica y/o aprendiz.

17. PRIMA NETA A RECIBIR POR LA VIGENCIA:
 Alternativa 1: COP 260.000.000 al 100% por el 100% del periodo
 Alternativa 2: COP 325.000.000 al 100% por el 100% del periodo
 Alternativa 3: COP 377.000.000 al 100% por el 100% del periodo

18. PAGO DE PRIMA: 30 días desde inicio de vigencia

19. VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 días a partir del 14 de junio de 2019

20. SUBJETIVIDADES: Al ser cumplidas, de manera satisfactoria, en los siguientes 30 días después del inicio de vigencia. De no ser así, los aseguradores podrán cancelar la póliza o modificar los términos:

- Carta de declaración de no más reclamos conocidos o siniestralidad de los últimos 10 años. Dependiendo de la información recibida sobre la siniestralidad, los términos pueden ser modificados.
- 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. De ser cumplida antes del inicio de vigencia
- Confirmación del Asegurado de no cambios materiales en la información proporcionada en el cuestionario, a la fecha de inicio del periodo de vigencia.
- Por Favor mandar cuestionario actualizado firmado y fechado.
- Por Favor mandar copia de clausulado aplicable para nuestra revisión

2. Cláusulas y textos
CLÁUSULA DE CONTROL DE RECLAMOS
 No obstante, cualquier información contenida en el Acuerdo de seguro y/o el texto de la póliza que sea contraria, es una condición precedente a cualquier responsabilidad bajo esta póliza que:

- El asegurado deberá, en conocimiento de cualquier circunstancia que pueda ocasionar un reclamo bajo esta póliza, notificar a los aseguradores tan pronto como sea posible y en ningún evento más tarde de 30 días;
- El asegurado deberá cooperar con los aseguradores y/o sus Representantes Nombrados, en la investigación y evaluación de cualquier pérdida y/o circunstancias que puedan ocasionar una pérdida;
- El asegurado deberá proveer a los aseguradores copias de los reportes de expertos / ajustadores /

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
AA029030

FACTURA
AA106930



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			ORDEN	1
CERTICADO	AA103267	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6053229070	USUARIO	LYEPES
AGENCIA	BARRANQUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 56 NO.74-74				
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN	
31	07	2019	DESDE	DD	01	MM	08
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	01	MM	08
				AAAA	2019	HORA	12:00
				AAAA	2020	HORA	12:00
							09
							DD
							MM
							AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR CLINICA PORTOAZUL SA
DIRECCIÓN CRA 30 CORREDOR UNIVERSITARIO 1 850
EMAIL carlos.gonzalez@clinicaportoazul.com
NIT/CC 900248882
TEL/ MOVIL 3672600

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

inspectores tan pronto como sea posible y en ningún evento más tarde de 30 días después de recibidos por el asegurado;

- No acuerdo y/o compromiso deberá ser hechos y/o responsabilidad admitida sin previa aprobación de los aseguradores.

Demás términos y condiciones se mantienen sin modificación

CLÁUSULA DE CANCELACIÓN
 Esta póliza podrá ser cancelada en cualquier momento a petición del asegurado por escrito al Corredor que efectuó el seguro, y la prima que los aseguradores reciben o retienen deberá ser ajustada sobre la base corto plazo.

Esta póliza también podrá ser cancelada por o en nombre de los aseguradores dando aviso por escrito al asegurado con 45 días de anticipación, a su última dirección conocida, y la prima que los aseguradores reciben o retienen deberá ser ajustada sobre la base pro rata.

La notificación se considerará como debidamente recibida en el curso normal del correo si ha sido enviada en una carta pre-pagada debidamente direccionada.

CLÁUSULA ESPECIAL DE CANCELACION

En el evento que un asegurador:

- cese suscripción; o
 - haya sido sujeto de orden o resolución de liquidación o formalmente proponga un esquema de arreglo; o
 - se le haya retirado su autoridad de continuar con el negocio de seguros,
- el asegurado puede terminar la participación del asegurador en este riesgo de inmediato mediante aviso y la prima pagadera a tal asegurador deberá ser a prorrata por el tiempo en riesgo. En el evento que haya alguna pérdida o circunstancia notificados, reservados o pagados, la prima se considerara totalmente devengada. Cualquier devolución de prima estará también sujeta a liberación de responsabilidad completa por escrito del asegurado

NMA2975 (modificada)

17/09/08

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN Y LIMITACIÓN DE SANCIONES

Ningún asegurador proveerá cobertura ni estará obligado a pagar ninguna reclamación o beneficio en virtud del presente en la medida en que la provisión de dicha cobertura, o el pago de dicha reclamación o beneficio pudiera exponer a ese asegurador a alguna sanción, prohibición o restricción conforme a las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones comerciales o económicas, leyes o normativas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.

LMA 3100

15 de septiembre de 2010

- Aplican las garantías del condicionado general de la póliza, las cuales deben cumplirse desde el primer día y durante la vigencia de la póliza. En caso de incumplimiento se dará aplicación al artículo 1061 del Código de Comercio.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-000000000001008

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.