

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA005294

FACTURA
AA017414



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA017018	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	APORTIZ82
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA	DIRECCIÓN	CALLE 23 DN # 5B - 05B/VERSALLES	FECHA DE IMPRESIÓN	
FECHA DE EXPEDICIÓN	20 01 2020	DESDE	DD 07 MM 01 AAAA 2020	HORA	12:00
	DD MM AAAA	HASTA	DD 07 MM 01 AAAA 2021	HORA	12:00
				09	01 2025
				DD MM AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	NIT/CC	890303841
DIRECCIÓN	CARRERA 4 # 17 - 67			TEL/MOVL	3137440268
ASEGURADO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	NIT/CC	890303841
DIRECCIÓN	CARRERA 4 # 17 - 67			TEL/MOVL	3137440268
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT/CC	21
DIRECCIÓN	TODA COLOMBIA	EMAIL	notiene@notiene.com	TEL/MOVL	1111111111

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN	CLINICA CALI VALLE CALI CRA 4 # 17-67

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 smmlv	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,000,000,000.00	\$85,000,000.00		\$16,150,000.00	\$101,150,000.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPañIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	800069456	GALVIS & ASOCIADOS LTDA ASESORES DE SEGUROS	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP 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
AA005294

FACTURA
AA017414



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA017018	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	APORTIZ82
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA	DIRECCIÓN	CALLE 23 DN # 5B - 05 B/VERSALLES		
FECHA DE EXPEDICIÓN	20 01 2020	VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	09 01 2025
	DD MM AAAA	DESDE HASTA	DD MM AAAA		DD MM AAAA
		07 07	01 01		
		2020 2021	2020 2021		
		HORA	HORA		
		12:00	12:00		

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67
EMAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
NIT/CC 890303841
TEL/MOVI 3137440268

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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

RENOVACION : 2020-2021

DESDE : ENERO 07 2020

HASTA : ENERO 07 2021

TOMADOR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI
ASEGURADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI
BENEFICIARIO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

ACTIVIDAD: PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS.

LIMITE ASEGURADO: Col. \$1.000.00.000 Evento / Vigencia

*** AMPAROS ***

- ° RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
- ° RESPONSABILIDAD CIVIL ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIÓN.
- ° RESPONSABILIDAD CIVIL DE PERSONAL PARAMÉDICO
- ° USO DE EQUIPOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS
- ° PREDIOS LABORES Y OPERACIONES
- ° GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL
- ° MATERIALES MÉDICOS QUIRÚRGICOS, DENTALES, DROGAS O MEDICAMENTOS

*** CLÁUSULAS ADICIONALES ***

- ° AMPLIACIÓN DEL TÉRMINO DE REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA A TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO.
- ° AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA EL AVISO DEL SINIESTRO A DIEZ (10) DÍAS.
- ° AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVOS PREDIOS SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO LAS MISMAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO. AVISO A SESENTA (60) DÍAS.
- ° COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS. AVISO A SESENTA (60) DÍAS.

*** EXCLUSIONES ***

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA 01042010-1501-P-06-0000000000001008 SE ESTABLECEN LAS SIGUIENTES:

ESTA PÓLIZA NO CUBRE LAS LESIONES CORPORALES O DAÑOS MATERIALES NI NINGÚN OTRO PERJUICIO DERIVADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS

- ° DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA U ODONTOLÓGICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O TERAPIA.
- ° LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTEN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- ° RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CIENCIA MÉDICA.
- ° POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL ASEGURADO, SALVO QUE SE PACTE EXPRESAMENTE.
- ° POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
- ° POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- ° POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.

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
AA005294

FACTURA
AA017414



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AA017018	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	APORTIZ82
AGENCIA	FRANQUICIA PROMOTORA SOLES LTDA	DIRECCIÓN	CALLE 23 DN # 5B - 05B/VERSALLES		
FECHA DE EXPEDICIÓN	20 01 2020	VIGENCIA DE LA PÓLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	09 01 2025
	DD MM AAAA	DESDE HASTA	DD 07 07 MM 01 01 AAAA 2020 AAAA 2021		DD MM AAAA
			HORA 12:00 HORA 12:00		

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DIRECCIÓN CARRERA 4 # 17 - 67
EMAIL H SANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
NIT/CC 890303841
TEL/ MOVIL 3137440268

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- ° POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO O LA TERAPIA A UN PACIENTE.
 - ° RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.
 - ° RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS TIPO VIH, HEPATITIS C.
 - ° DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN Y CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
 - ° RECLAMACIONES ORIENTADAS A REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES PACTADOS ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.
 - ° EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA, EN UNA CLÍNICA/ HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTE FIN.
 - ° RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y ACCIONES SIMILARES DONDE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO Y SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.
 - ° POR DROGAS O MEDICAMENTOS, QUE AFECTEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL FABRICANTE.
 - ° POR LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS, APARATOS Y MATERIALES DE MEDICINA NUCLEAR, RAYOS X, SCANNER, RADIACIÓN POR ISOTOPOS, RADIOGRAFÍAS O RADIOTERAPIAS, SALVO PACTO EXPRESO EN CONTRARIO, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL LITERAL D DE LA CLÁUSULA 3 "DEFINICIÓN DE AMPAROS".
 - ° TODO TIPO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, DAÑOS, LESIONES, PÉRDIDAS O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA, ASÍ COMO EL LUCRO CESANTE DERIVADOS DE EVENTOS ORIGINADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR EL NO-RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE CUALQUIER FECHA REAL DE CALENDARIO, ESPECIALMENTE LA DEL CAMBIO DE MILENIO, TAL COMO SE DEFINE EN LA CLÁUSULA 20 DE ESTA PÓLIZA.
 - ° POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXCEDENTE DE LA LEGAL, COMO DAÑOS DERIVADOS DE ACUERDOS O COMPROMISOS DEL ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CUALES SE HUBIERE COMPROMETIDO A UN RESULTADO, EFECTO O ÉXITO QUE EXCEDE SU OBLIGACIÓN LEGAL.
 - ° POR LA INEFICACIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
 - ° POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÉN VINCULADOS O ADSCRITOS AL TOMADOR/ASEGURADO AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O LA TERAPIA.
 - ° PÉRDIDAS FINANCIERAS PURAS.
 - ° TODA RESPONSABILIDAD CUBIERTA BAJO LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DIRECTORES Y ADMINISTRADORES.
- *** DEDUCIBLES ***
- APLICABLES A TODA Y CADA PÉRDIDA: 10% MÍNIMO 2 SMLMV POR EVENTO.
- *** MODALIDAD: CLAIMS MADE
- RETROACTIVIDAD: DESDE EL 1º. DE ENERO DEL 2016
- *** CONDICIÓN DE LA PÓLIZA ***
- ES PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EL RESPECTIVO FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.
- LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

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.