



**SEGURO  
R.C. PROFESIONAL CLINICAS**

**PÓLIZA  
AA073773**

**FACTURA  
AA322185**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA309467	<b>FORMA DE PAGO</b>	Financiación	<b>TELEFONO</b>	6023981963
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 25N # 6N-42	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	02 02 2022	<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>	DESDE 07 01 2022 HASTA 07 01 2023	<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	01 2025

**DATOS GENERALES**

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

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

\* POLIZA ANTERIOR: AA069776

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890303841  
 ASEGURADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS NIT 890303841  
 BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

- VIGENCIA: un año a convenir
- ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: Prestación de servicios Médicos
- LÍMITE ASEGURADO:  
Col\$ 300.000.000 Evento /\$ 1.000.000.000 vigencia.
- RELACION DE ESPECIALIDADES ( Según relación anexa)  
Médicos GRUPO A: 81  
Médicos GRUPO B: 120  
Médicos GRUPO C: 10

NOTA:  
Médicos Grupo A: con relación laboral  
Médicos Grupo B: adscritos ó autorizados  
Número de camas: 182  
Nivel de complejidad: 2

5. AMPAROS: Según texto La Equidad Seguros 01042010-1501-P-06-000000000001008

- o Responsabilidad Civil Profesional Médica
- o Responsabilidad Civil Estudiantes en práctica y Estudiantes en Especialización.
- o Responsabilidad Civil de Personal Paramédico
- o Uso de equipos y tratamientos médicos
- o Predios Labores y operaciones
- o Materiales médicos quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos

6. CLÁUSULAS ADICIONALES:

- o Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.
- o Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días.
- o Amparo automático para nuevos predios siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a sesenta (30) días.
- o Cobertura automática de nuevos equipos. Aviso a sesenta (30) días.

7. EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 01042010-1501-P-06-000000000001008 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
- o Gastos de Defensa, cualquiera sea su origen.
  - o Del ejercicio de una profesión médica u odontológica con fines diferentes al diagnóstico o terapia.
  - o 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.
  - o Reclamaciones derivadas de aplicación de técnicas novedosas o experimentales o no conformes al grado de conocimiento de la ciencia médica.
  - o Por la prestación de servicios o atención por personas que no tienen una relación contractual con el asegurado, salvo que se pacte expresamente.
  - o Por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o Narcóticas
  - o Por Cirugía Plástica o estética, salvo que se trate de una intervención de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas.
  - o Por tratamientos destinados a interrumpir o provocar un embarazo o la procreación.
  - o 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
  - o Reclamaciones por daños genéticos
  - o Relacionados directa o indirectamente con el SIDA o con virus tipo VIH, Hepatitis C.
  - o 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

**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  
AA073773**

**FACTURA  
AA322185**



**NIT 860028415**

**INFORMACIÓN GENERAL**

<b>DOCUMENTO</b>	Nuevo	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA309467	<b>FORMA DE PAGO</b>	Financiación	<b>TELEFONO</b>	6023981963	<b>USUARIO</b>	CMENA
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 25N # 6N-42				
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>			<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>			
02 DD	02 MM	2022 AAAA	<b>DESDE</b>	DD	07	<b>MM</b>	01
			<b>HASTA</b>	DD	07	<b>MM</b>	01
				<b>AAAA</b>	2022	<b>HORA</b>	12:00
				<b>AAAA</b>	2023	<b>HORA</b>	12:00
						<b>DD</b>	01
						<b>MM</b>	01
						<b>AAAA</b>	2025

**DATOS GENERALES**

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

**TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN**

y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección y contagio con enfermedades o agentes patógenos.  
 o Reclamaciones orientadas a reembolso de honorarios profesionales pactados entre el profesional de la salud y el paciente.  
 o 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.  
 o 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.  
 o Por drogas o medicamentos, que afecten la responsabilidad civil del fabricante.  
 o 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".  
 o 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 noreconocimiento electrónico de cualquier fecha real de calendario, especialmente la del cambio de milenio, tal como se define en la cláusula 20 de esta póliza.  
 o 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.  
 o Por la ineficacia de cualquier tratamiento o intervención quirúrgica.  
 o 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  
 o Pérdidas financieras puras  
 o Toda responsabilidad cubierta bajo la póliza de Responsabilidad Civil Directores y Administradores.

**CORONAVIRUS EXCLUSION**

La presente Póliza no otorga cobertura a cualquier reclamo causado de cualquier manera por o resultante de:

- a) Enfermedad Coronavirus (COVID-19);
- b) Síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
- c) Cualquier mutación o variación de SARS-CoV-2;
- d) Cualquier temor o amenaza de a), b) o c) anteriores.

- 8. PRIMA ANUAL : \$140.000.000 antes de IVA
- 9. DEDUCIBLES : Aplicables a toda y cada pérdida: 20% mínimo 20.000.000.

10. CONDICION DE LA POLIZA  
 Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por la institución asegurada.

11. OTRAS CONDICIONES PARTICULARES Y DEFINICIONES:
- o Pago de las primas: De acuerdo con lo establecido en los artículos 81 y 82 de la ley 45 de 1990.
  - o Por el pago de un siniestro, NO se acepta el restablecimiento del límite asegurado en forma automática.
  - o Intermediario:
  - o Compañías aseguradoras: La equidad de Seguros
  - o Requisitos para Circular 022 de 2007 de la Superfinanciera. (Referente al SARLAFT).
  - o Prima mínima para movimientos: Establecida en dos (2) SMDLV.
  - o Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.
  - o SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente; SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente
  - o Deducibles pactados en dólares, serán liquidados a la tasa de cambio representativa del mercado del día del siniestro.

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