

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA195705

**FACTURA**  
AA782381



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Modificación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AA905335	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>USUARIO</b>	MJAJME
<b>AGENCIA</b>	DELIMA MARSH	<b>DIRECCIÓN</b>			Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS		
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	
25	02	2021	DESDE	DD	09	MM	01
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	09
						AAAA	2021
						HORA	00:00
						HORA	00:00
						DD	02
						MM	2021
						AAAA	

### DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	<b>EMAIL</b>	MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM	<b>NIT/CC</b>	000860078828
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 100 11B-67	<b>EMAIL</b>	MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM	<b>TEL/MOVI</b>	6210088
<b>ASEGURADO</b>	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	<b>EMAIL</b>	MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM	<b>NIT/CC</b>	000860078828
<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 100 11B-67	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>TEL/MOVI</b>	6210088
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS			<b>NIT/CC</b>	XXXX
<b>DIRECCIÓN</b>	-			<b>TEL/MOVI</b>	

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	CLINICA
CIUDAD	BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
LOCALIDAD	BOGOTA D.C.
DIRECCIÓN	BOGOTA D.C.
CANAL DE VENTA	Directo

### COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00	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

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$4,530,000,000.00	\$7,644,337.00		\$1,452,424.00	\$9,096,761.00

COASEGURO	
COMPANIA	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. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.



**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP)  
Línea Segura 018000919538

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA195705

**FACTURA**  
AA782381



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Modificación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AA905335	<b>FORMA DE PAGO</b>	Contado	<b>USUARIO</b>	MJAIME
<b>AGENCIA</b>	DELIMA MARSH	<b>TELEFONO</b>	5922929	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>
25 DD	02 MM	2021 AAAA	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>	<b>HORA</b>
			DD	MM	AAAA
			09	14	00:00
			01	09	00:00
			AAAA	2021	2021
			2021	2021	2021
			2021	2021	2021

### DATOS GENERALES

**TOMADOR** COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. NIT/CC 000860078828  
**DIRECCIÓN** CALLE 100 11B-67 EMAIL MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM TEL/ MOVIL 6210088

### TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA INCREMENTA EL LIMITE ASEGURADO:

INCREMENTO LIMITE: COP 30.000.000 EVENTO /VIGENCIA  
 PRIMA: US 2.149 (TRM COP 3.557.16): COP 7.644.337

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AJUSTE DE PRIMAS REVERSANDO 50% EN EL VALOR ANTES DE IVA EN POLIZA:

POLIZA: AA195705  
 CERTIFICADO: AA858524  
 Ajuste 50% \$18.134.563

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

DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES TECNICAS NO SE MODIFICAN

**FIRMA AUTORIZADA**  
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO  
 CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP  
 Línea Segura 018000919538

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