



---


**SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS PROCESO RAD: 2024-00157-00. RESPONSABILIDAD CIVIL**

---

Desde JURIDICO HSJD <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>

Fecha Vie 07/03/2025 11:55 AM

Para Juzgado 01 Civil Circuito - Valle del Cauca - Cartago <j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (3 MB)

REMISIÓN JUZGADO SUBSANACION llamamiento en garantia LA EQUIDAD.pdf; POLIZA CLINICA CARTAGO 2023-2024 070703.pdf; REMISIÓN SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.pdf;

Señores:

**JUEZ PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO CARTAGO – VALLE**  
[j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
**E.S.D**

**REFERENCIA: SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**

**PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL - RESPONSABILIDAD MEDICA**

**DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Y OTROS**

**DEMANDADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO Y OTROS RADICACIÓN: 76147-3103-001-2024-00157-00.**

**ANGELA MARÍA VILLALBA VILLEGAS**, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.144.063.520 expedida en Cali – Valle del Cauca, abogada, portadora de la tarjeta profesional número 287.398 del consejo superior de la judicatura, actuando como apoderado judicial del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, me permito remitir a su despacho con todo respeto **SUBSANACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A LA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, lo anterior conforme a lo siguientes hechos.

--



**ANGELA MARIA VILLALBA VILLEGAS**

Abogada Contratista

Departamento Juridico | Hospital De San Juan De Dios

+57 (2) 489-2222 Ext. 203

[juridico@hospitaldesanjuadedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuadedios.org.co)

[www.hospitaldesanjuandedios.org.co](http://www.hospitaldesanjuandedios.org.co)

Cra 4 # 7-67 B. San Nicolas, Cali

Señores:

**JUEZ PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO CARTAGO – VALLE**

[j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j01cccartago@cendoj.ramajudicial.gov.co) E.S.D

**REFERENCIA: SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD  
SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**

**PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL -  
RESPONSABILIDAD MEDICA**

**DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Y OTROS**

**DEMANDADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO Y OTROS**

**RADICACIÓN: 76147-3103-001-2024-00157-00.**

**ANGELA MARÍA VILLALBA VILLEGAS**, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.144.063.520 expedida en Cali – Valle del Cauca, abogada, portadora de la tarjeta profesional número 287.398 del consejo superior de la judicatura, actuando como apoderado judicial del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, me permito remitir a su despacho con todo respeto **SUBSANACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A LA LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, lo anterior conforme a lo siguientes hechos.

### **HECHOS**

1. El Hospital San Juan de Dios, en calidad de tomador y asegurado, concertó con **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, como aseguradora, un contrato de seguro, En virtud de la cual, se expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. AA070703, con vigencia desde 30/05/2023 hasta el 30/05/2024
2. En el caso que nos ocupa, se cumplen las condiciones de cobertura del comentado seguro, el cual había sido citado con la póliza de cobertura de la sede principal en la ciudad de Cali, cuando los hechos ocurriendo en la sede operativa que se tenía en el Municipio de Cartago, por lo cual se adjunta contrato para dicha sede.
3. Mi representada no tiene deber legal ni contractual de reconocer ningún tipo de indemnización con ocasión a los supuestos fácticos originarios de este pleito, pero en el improbable y remoto evento en que resultara condenada, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, en su calidad de Compañía Aseguradora y en virtud de su obligación indemnizatoria, está llamada a responder civilmente, de conformidad con las condiciones particulares y generales de la póliza, por los perjuicios a los que eventualmente sea condenado mi representado, de acuerdo con los amparos, coberturas y sumas aseguradas

contratadas.

### **PETICIÓN**

**PRIMERA:** Que, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** sea citada y reconocida en el presente proceso, con los efectos legales que ello implica, como llamada en garantía de mí representada.

**SEGUNDA:** Que en el eventual caso en que se profiera un fallo condenatorio en contra del Hospital San Juan De Dios, en virtud del contrato de seguro comentado, se resuelva simultáneamente sobre la responsabilidad de, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, con fundamento en sus obligaciones contractuales como compañía aseguradora, de manera que, de emitirse una sentencia adversa a mí representada, seguidamente se obligue a la aseguradora al pago de tal indemnización.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

El llamamiento en garantía que se está formulando, se fundamenta en los artículos 1056 del Código de Comercio y demás concordantes, y en los artículos 64 y siguientes del Código General del Proceso.

### **PRUEBAS**

1. Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, expedido por la cámara de comercio.
2. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil No. AA070703

### **ANEXOS**

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de, **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, expedido por la cámara de comercio.
2. Las pruebas documentales anunciadas.

### **NOTIFICACIONES**

El suscrito, como apoderada judicial del Hospital San Juan de Dios en la Cra. 4 #17-67,

COMUNA 3, Cali, Valle del Cauca, Barrio San Nicolas, Cali, Valle del Cauca. Correo electrónico: [juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co) -

[abogadavillalbavillegas@outlook.com](mailto:abogadavillalbavillegas@outlook.com)

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, llamada en garantía

Recibirá notificaciones en los siguientes correos electrónicos:

[judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop),

[notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

Cordialmente,



**ANGELA MARÍA VILLALBA VILLEGAS**

**CC. 1.144.063.520 de Cali**

**Cel. 3165137547**

**T.P 287.398 del CSJ**

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA  
AA070703

FACTURA  
AB026554



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS  
CERTIFICADO AB025344 FORMA DE PAGO Financiación TELEFONO 6608047  
AGENCIA CALI DIRECCIÓN CLL 26 NORTE 6 N16

ORDEN 1  
USUARIO - JSOLANO

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN		
25	05	2023	DESDE	DD	MM	AAAA	05	2023	HORA	12:00	25
			HASTA	DD	MM	AAAA	05	2024	HORA	12:00	05

## DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
DIRECCIÓN CR 4 17 67  
ASEGURADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
DIRECCIÓN CR 4 17 67  
BENEFICIARIO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
DIRECCIÓN

EMAIL HSANJUANEDIOS@HOTMAIL.COM

EMAIL HSANJUANEDIOS@HOTMAIL.COM

EMAIL HSANJUANEDIOS@HOTMAIL.COM

NIT/CC 890303841  
TEL/ MOVIL 3137440268  
NIT/CC 890303841  
TEL/ MOVIL 3137440268  
NIT/CC 890303841  
TEL/ MOVIL 3137440268

## DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA CARTAGO VALLE CARTAGO CRA 3BIS CALLE 1 Y 2 BARRIO COLLAREJO - CARTAGO

## COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,000,000,000.00	\$120,100,000.00		\$22,819,000.00	\$142,919,000.00

COASEGURO	
COMPañIA	PARTICIPACIÓN %

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN %
805016420	LIKE SEGUROS SOCIEDAD LTDA	

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.

471



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://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  
AA070703

FACTURA  
AB026554



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AB025344	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	JSOLANO
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6608047	DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN
25 05 2023	DESDE	DD 30	MM 05	AAAA 2023	HORA 12:00
DD MM AAAA	HASTA	DD 30	MM 05	AAAA 2024	HORA 12:00
					25 05 2023
					DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI

DIRECCIÓN CR 4 17 67

EMAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM

NIT/CC 890303841  
TEL/ MOVIL 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

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT: 890303841-8  
ASEGURADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI NIT: 890303841-8  
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

VIGENCIA: 30/05/2023 - 30/05/2024  
POLIZA: AA070703

ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

LÍMITE ASEGURADO:

COL \$ 200.000.000 EVENTO / \$1.000.000.000 VIGENCIA

RELACION DE ESPECIALIDADES: (SEGÚN RELACIÓN ANEXA)

MÉDICOS GRUPO A: 29  
MÉDICOS GRUPO B: 16

NOTA:  
MÉDICOS GRUPO A: CON RELACIÓN LABORAL  
MÉDICOS GRUPO B: ADSCRITOS O AUTORIZADOS

NÚMERO DE CAMAS: 54  
NIVEL DE COMPLEJIDAD: 2

AMPAROS: SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008-D001

- 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

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 (60) DÍAS.
- o COBERTURA AUTOMÁTICA DE NUEVOS EQUIPOS. AVISO A SESENTA (60) DÍAS.

EXCLUSIONES: ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES QUE SE ESTIPULAN EN LAS CONDICIONES GENERALES 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 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 GASTOS DE DEFENSA
- 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 ANORMALIDADES 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

47-1



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  
AA070703

FACTURA  
AB026554



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovación	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTIFICADO</b>	AB025344	<b>FORMA DE PAGO</b>	Financiación	<b>USUARIO</b>	JOLANO
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>TELÉFONO</b>	6608047	<b>DIRECCIÓN</b>	CLL 26 NORTE 6 N16
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	25 05 2023	<b>VIGENCIA DE LA PÓLIZA</b>	DESDE 05 05 2023 HASTA 05 05 2024	<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	25 05 2023
			HORA 12:00		

## DATOS GENERALES

**TOMADOR** HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
**DIRECCIÓN** CR 4 17 67  
**EMAIL** HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM  
**NIT/CC** 890303841  
**TEL/MOVIL** 3137440268

## TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

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.  
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 NO-RECONOCIMIENTO 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.
  - o CORONAVIRUS EXCLUSIÓN:
- 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.
- o EXCLUSIÓN POR ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:

NO OBSTANTE CUALQUIER DISPOSICIÓN EN CONTRARIO DENTRO DE ESTE CONTRATO DE REASEGURO, EL PRESENTE EXCLUYE LAS PÉRDIDAS, DAÑOS, RESPONSABILIDADES, RECLAMACIONES, COSTOS O GASTOS DE CUALQUIER NATURALEZA, PROVOCADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE, A LOS QUE HAYA CONTRIBUIDO, QUE RESULTEN, SURJAN O SE RELACIONEN CON UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O EL TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O SOSPECHADA) DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA A LA MISMA.

CONFORME SE UTILIZA EN EL PRESENTE, UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA CUALQUIER ENFERMEDAD QUE PUEDA TRANSMITIRSE MEDIANTE ALGUNA SUSTANCIA O AGENTE DE CUALQUIER ORGANISMO A OTRO ORGANISMO EN EL QUE:

- a) LA SUSTANCIA O AGENTE INCLUYA, MAS NO SE LIMITE A, UN VIRUS, BACTERIA, PARÁSITO U OTRO ORGANISMO O CUALQUIER VARIACIÓN DE LOS ANTERIORES, YA SEA QUE SE CONSIDEREN VIVOS O NO, Y
- b) EL MÉTODO DE TRANSMISIÓN YA SEA DIRECTO O INDIRECTO, INCLUYE, SIN LIMITACIÓN, TRANSMISIÓN POR AIRE, TRANSMISIÓN POR FLUIDOS CORPORALES, TRANSMISIÓN DESDE O HACIA CUALQUIER SUPERFICIE U OBJETO, SÓLIDO, LÍQUIDO O GASEOSO O ENTRE ORGANISMOS, Y
- c) LA ENFERMEDAD, SUSTANCIA O AGENTE PUEDE PROVOCAR O AMENAZAR PROVOCAR LESIÓN CORPORAL, ENFERMEDAD, DAÑO A LA SALUD HUMANA, BIENESTAR HUMANO O BIENES.

DEDUCIBLES: APLICABLES A TODA Y CADA PÉRDIDA: 20% MÍNIMO 20.000.000

CONDICION DE LA PÓLIZA

ES PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EL RESPECTIVO FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

## 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 SEGUROS O.C.
- 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 SMDLV: SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE
- o 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.

47-1



FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO  
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB [WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP](http://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  
AA070703

FACTURA  
AB026554



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1						
CERTICADO	AB025344	FORMA DE PAGO	Financiación	TELEFONO	6608047		USUARIO	JSOLANO						
AGENCIA	CALI			DIRECCIÓN	CLL 26 NORTE 6 N16									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
25	05	2023	DESDE	DD	30	MM	05	AAAA	2023	HORA	12:00	25	05	2023
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	30	MM	05	AAAA	2024	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI  
DIRECCIÓN CR 4 17 67  
EMAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM  
NIT/CC 890303841  
TEL/MOVL 3137440268

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

7-1

FIRMA AUTORIZADA  
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
GERENTE GENERAL  
CALI

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.

**Asunto:** SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

**De:** JURIDICO HSJD <juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co>

**Fecha:** 7/03/2025, 11:40

**Para:** judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop,  
notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

Señores:

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**  
[notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)  
[judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)  
**E.S.D**

**REFERENCIA: SUBSANACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTIA  
– LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES  
ORGANISMO COOPERATIVO**

**PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL -  
RESPONSABILIDAD MEDICA**

**DEMANDANTE: DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Y OTROS**

**DEMANDADO: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO Y OTROS**  
**RADICACIÓN: 76147-3103-001-2024-00157-00.**

**ANGELA MARÍA VILLALBA VILLEGAS**, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.144.063.520 expedida en Cali – Valle del Cauca, abogada, portadora de la tarjeta profesional número 287.398 del consejo superior de la judicatura, actuando como apoderado judicial del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, tal y como lo acredito con el poder que allego con el presente contestación, encontrándome dentro del término legal oportuno, procedo a formular Llamamiento en Garantía, en contra de **LA EQUIDAD SEGUROS**

**GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** sigla La equidad Seguros Generales, identificada con nit 860.028.415-5., sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente por **NESTOR RAÚL HERNÁNDEZ OSPINA**, o quien haga sus veces, tal como consta en el certificado de Existencia y Representación Legal de la Cámara de Comercio de Bogotá, me permito realizar **SUBSANACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** conforme a los siguientes:

----- Mensaje reenviado -----

**Asunto:**LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS  
GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

**Fecha:**Fri, 28 Feb 2025 15:19:25 -0500

**De:**JURIDICO HSJD <[juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co)>

**Responder a:**[juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co](mailto:juridico@hospitaldesanjuandedios.org.co)

**Organización:**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CALI

**Para:**[notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop),  
[judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:judicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

Señores:

**LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES  
ORGANISMO COOPERATIVO**

**REFERENCIA:** LLAMAMIENTO EN GARANTIA – LA EQUIDAD SEGUROS  
GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

**PROCESO:** RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL -  
RESPONSABILIDAD MEDICA

**DEMANDANTE:** DIANA CAMILA GIRALDO CORREA Y OTROS

**DEMANDADO:** HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CARTAGO Y OTROS

**RADICACIÓN:** 76147-3103-001-2024-00157-00.

**ANGELA MARÍA VILLALBA VILLEGAS**, Mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.144.063.520 expedida en Cali – Valle del Cauca, abogada, portadora de la tarjeta profesional número 287.398 del consejo superior de la judicatura, actuando como apoderado judicial del **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, tal y como lo acredito con el poder que allego con el presente contestación, encontrándome dentro del término legal oportuno, procedo a formular Llamamiento en Garantía, en contra de **LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO** sigla La equidad Seguros Generales, identificada con nit 860.028.415-5., sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, representada legalmente por **NESTOR RAÚL HERNÁNDEZ OSPINA**, o quien haga sus veces, tal como consta en el certificado de Existencia y Representación Legal de la Cámara de Comercio de Bogotá, con base en los siguientes:

hospital ANEXO No. 2 REGISTROS CIVILES- HISTORIA CLINICA- DICTAMEN PERICIAL Y OTROS\_compressed\_co...

—Adjuntos:\_\_\_\_\_

SUBSNACIÓN LLAMAMIENTO.pdf	346 KB
POLIZA CLINICA CARTAGO 2023-2024 070703.pdf	2.0 MB
hosital ARCHIVO No. 1 CARATULA.pdf	169 KB
hospital ANEXO No. 2 REGISTROS CIVILES- HISTORIA CLINICA- DICTAMEN PERICIAL Y OTROS.pdf	18.2 MB
hospital ANEXO No. 1 PODER Y DEMANDA.pdf	2.5 MB
hospital san juan de dios auto admisorio.pdf	646 KB
hospital sanj juan de dios.pdf	309 KB