

# SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA**  
AA073773

**FACTURA**  
AB047157



NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b>	Renovacion	<b>PRODUCTO</b>	R.C. PROFESIONAL CLINICAS			<b>ORDEN</b>	1
<b>CERTICADO</b>	AB044584	<b>FORMA DE PAGO</b>	Financiación	<b>TELEFONO</b>	6608047	<b>USUARIO</b>	BPRIVERA
<b>AGENCIA</b>	CALI	<b>DIRECCIÓN</b>			CLL 26 NORTE 6 N16		
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>				<b>FECHA DE IMPRESIÓN</b>	
05	01	2024	DESDE	DD	07	MM	01
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	07	MM	01
				AAAA	2024	HORA	12:00
				AAAA	2025	HORA	12:00
						DD	01
						MM	2024
						AAAA	

### DATOS GENERALES

<b>TOMADOR</b>	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI	<b>EMAIL</b>	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	<b>NIT/CC</b>	890303841
<b>DIRECCIÓN</b>	CR 4 17 67			<b>TEL/MOVI</b>	3137440268
<b>ASEGURADO</b>	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI	<b>EMAIL</b>	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	<b>NIT/CC</b>	890303841
<b>DIRECCIÓN</b>	CR 4 17 67			<b>TEL/MOVI</b>	3137440268
<b>BENEFICIARIO</b>	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO	<b>EMAIL</b>	notiene@notiene.com	<b>NIT/CC</b>	1111111000
<b>DIRECCIÓN</b>				<b>TEL/MOVI</b>	5922929

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA CALI VALLE CALI CARRERA 4 N° 17 - 67

### COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$1,000,000,000.00	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Predios Labores y Operaciones.	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	20.00%	20,000,000.00 Pesos	\$ .00
Cobertura Automática de Nuevos Equipos	Si	.00%		\$ .00
Cobertura Automática de Nuevos Predios	Si	.00%		\$ .00

<b>VALOR ASEGURADO TOTAL</b>	<b>PRIMA NETA</b>	<b>GASTOS</b>	<b>IVA</b>	<b>TOTAL POR PAGAR</b>
\$1,000,000,000.00	\$140,000,000.00		\$26,600,000.00	\$166,600,000.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPañIA	PARTICIPACIÓN %	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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

*[Handwritten signature]*

**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  
AA073773

FACTURA  
AB047157



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS ORDEN 1  
CERTIFICADO AB044584 FORMA DE PAGO Financiación TELEFONO 6608047 USUARIO BPRIVERA  
AGENCIA CALI DIRECCIÓN CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA				FECHA DE IMPRESIÓN				
05	01	2024	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	12:00	05	01	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	MM	AAAA	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

SE EMITE RENOVACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA A SOLICITUD DEL TOMADOR, PARA LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS.

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: DESDE 07/01/2024 HASTA 07/01/2025  
POLIZA: AA073773

ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

DIRECCION: CARRERA 4 NO. 17 - 67 BARRIO SAN NICOLAS

LÍMITE ASEGURADO:

COL \$ 300.000.000 EVENTO / \$ 1.000.000.000 VIGENCIA.

RELACION DE ESPECIALIDADES (SEGÚN RELACIÓN ANEXA)

MÉDICOS GRUPO A: 17  
MÉDICOS GRUPO B: 182  
MÉDICOS GRUPO C: 9

NOTA:

MÉDICOS GRUPO A: CON RELACIÓN LABORAL  
MÉDICOS GRUPO B: ADSCRITOS Ó AUTORIZADOS  
MÉDICOS GRUPO C: RESIDENTES

NÚMERO DE CAMAS: 208  
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

AMPAROS: SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008-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 DE LA PÓLIZA SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-000000000001008-D001 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 RECLAMACIONES DERIVADAS DE APLICACIÓN DE TÉCNICAS NOVEDOSAS O EXPERIMENTALES O NO CONFORMES AL GRADO DE CONOCIMIENTO DE

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**  
AB047157



NIT 860028415

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>DOCUMENTO</b> Renovación	<b>PRODUCTO</b> R.C. PROFESIONAL CLINICAS	<b>ORDEN</b> 1	
<b>CERTIFICADO</b> AB044584	<b>FORMA DE PAGO</b> Financiación	<b>TELEFONO</b> 6608047	<b>USUARIO</b> BPRIVERA
<b>AGENCIA</b> CALI	<b>DIRECCIÓN</b> CLL 26 NORTE 6 N16		
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>		<b>VIGENCIA DE LA POLIZA</b>	
05 DD	01 MM	2024 AAAA	2024 AAAA
		<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
07 DD	07 MM	01 MM	01 MM
		<b>HORA</b>	<b>HORA</b>
		12:00	12:00
		05 DD	01 MM
		2024 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

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 CIRUGIA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- o POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A INTERRUMPIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.
- o POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENOS 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 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 GASTOS DE DEFENSA.

### 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.

PRIMA ANUAL: COL \$ 140.000.000 ANTES DE IVA

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

### CONDICION DE LA POLIZA

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: CONTADO, MÁXIMO TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 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 SMDLV: 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.

**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**  
AB047157



NIT 860028415

**INFORMACIÓN GENERAL**

**DOCUMENTO** Renovación      **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS      **ORDEN** 1  
**CERTICADO** AB044584      **FORMA DE PAGO** Financiación      **TELEFONO** 6608047      **USUARIO** BPRIVERA  
**AGENCIA** CALI      **DIRECCIÓN** CLL 26 NORTE 6 N16

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
05	01	2024	<b>DESDE</b>	DD	07	MM	01	AAAA	2024	<b>HORA</b>	12:00	05	01	2024
DD	MM	AAAA	<b>HASTA</b>	DD	07	MM	01	AAAA	2025	<b>HORA</b>	12:00	DD	MM	AAAA

**DATOS GENERALES**

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

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

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](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.

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