SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA070703

FACTURA AB026554

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	**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		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			**NIT/CC**	890303841
DIRECCIÓN	CR 4 17 67	**E-MAIL**	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	**TEL/MOVIL**	3137440268
ASEGURADO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI			**NIT/CC**	890303841
DIRECCIÓN	CR 4 17 67	**E-MAIL**	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	**TEL/MOVIL**	3137440268
BENEFICIARIO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI			**NIT/CC**	890303841
DIRECCIÓN		**E-MAIL**	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	**TEL/MOVIL**	3137440268

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

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

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales	$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

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.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
GERENTE GENERAL
CALI

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

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA070703

FACTURA
AB026554

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AB025344
AGENCIA CALI
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Financiación
TELEFONO 6608047
DIRECCIÓN CLL 26 NORTE 6 N16
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

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
NIT/ CC 890303841
DIRECCIÓN CR 4 17 67
E-MAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
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-D00I

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

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS GERENTE GENERAL CALI

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. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA070703

FACTURA AB026554

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AB025344
AGENCIA CALI
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Financiación
TELEFONO 6608047
DIRECCIÓN CLL 26 NORTE 6 N16
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

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
NIT/ CC 890303841
DIRECCIÓN CR 4 17 67
E-MAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
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 MEDICAMENTES, 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 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: 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 SMMLV: 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.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
GERENTE GENERAL
CALI

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. COMPAÑÍAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA AA070703

FACTURA AB026554

equidad seguros

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovacion
CERTICADO AB025344
AGENCIA CALI
PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Financiación
TELEFONO 6608047
DIRECCIÓN CLL 26 NORTE 6 N16
ORDEN 1
USUARIO JSOLANO

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
NIT/ CC 890303841
DIRECCIÓN CR 4 17 67
E-MAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
TEL/ MOVIL 3137440268

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS
GERENTE GENERAL
CALI

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