

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA073773

FACTURA
AB047157



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovacion	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AB044584	FORMA DE PAGO	Financiación	TELEFONO	6023981963			USUARIO	BPRIVERA					
AGENCIA	CALI			DIRECCIÓN	CALLE 25N # 6N-42									
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
05	01	2024	DESDE	DD	07	MM	01	AAAA	2024	HORA	12:00	27	03	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	07	MM	01	AAAA	2025	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	NIT/CC	890303841
DIRECCIÓN	CARRERA 4 N° 17 - 67	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	TEL/MOVL	3003868520
ASEGURADO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	NIT/CC	890303841
DIRECCIÓN	CARRERA 4 N° 17 - 67	EMAIL	HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM	TEL/MOVL	3003868520
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS DEL SERVICIO	EMAIL	notiene@notiene.com	NIT/CC	1111111000
DIRECCIÓN		EMAIL	notiene@notiene.com	TEL/MOVL	5922929

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA CALI VALLE DEL CAUCA 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%	20,000,000.00 Pesos	\$.00
Cobertura Automática de Nuevos Predios	Si	.00%	20,000,000.00 Pesos	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$1,000,000,000.00	\$140,000,000.00		\$26,600,000.00	\$166,600,000.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	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.

[Firma Autorizada]

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
CERTIFICADO	AB044584	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	BPRIVERA
AGENCIA	CALI	TELEFONO	6023981963	DIRECCIÓN	CALLE 25N # 6N-42
FECHA DE EXPEDICIÓN	05 01 2024 DD MM AAAA	VIGENCIA DE LA POLIZA	DESDE 07 07 2024 HASTA 07 07 2025	FECHA DE IMPRESIÓN	27 03 2025 DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI
DIRECCIÓN CARRERA 4 N° 17 - 67
EMAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
NIT/CC 890303841
TEL/ MOVIL 3003868520

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 O AUTORIZADOS
MÉDICOS GRUPO C: RESIDENTES

NÚMERO DE CAMAS: 208
NIVEL DE COMPLEJIDAD: II

AMPAROS: SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008-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 DE LA PÓLIZA SEGÚN TEXTO LA EQUIDAD SEGUROS 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008-D00I 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

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB044584	FORMA DE PAGO	Financiación	USUARIO	BPRIVERA
AGENCIA	CALI	TELÉFONO	6023981963	DIRECCIÓN	CALLE 25N # 6N-42
FECHA DE EXPEDICIÓN	05 01 2024	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DESDE 07 01 2024 HASTA 07 01 2025	FECHA DE IMPRESIÓN	27 03 2025

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI
DIRECCIÓN CARRERA 4 N° 17 - 67
EMAIL HSANJUANDEDIOS@HOTMAIL.COM
NIT/CC 890303841
TEL/MOVIL 3003868520

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 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 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:

- ENFERMEDAD CORONAVIRUS (COVID-19);
- SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS 2 (SARS-COV-2);
- CUALQUIER MUTACIÓN O VARIACIÓN DE SARS-COV-2;
- 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 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: 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]

**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.

NIT 860028415

DOCUMENTO		Renovacion	PRODUCTO		R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN 1					
CERTIFICADO		AB044584	FORMA DE PAGO		Financiación		TELEFONO		6023981963					
AGENCIA		CALI					DIRECCIÓN		CALLE 25N # 6N-42					
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
05	01	2024	DESDE	DD	07	MM	01	AAAA	2024	HORA	12:00	27	03	2025
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	07	MM	01	AAAA	2025	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

TOMADOR	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CALI	NIT/CC	890303841
DIRECCIÓN	CARRERA 4 N° 17 - 67	EMAIL	HSANJUANEDIOS@HOTMAIL.COM
		TEL/ MOVIL	3003868520

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.YUSA 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.