

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB032045	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	SPMEJIA
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 398 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
27 DD	12 MM	2023 AAAA	DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2023	HORA 00:00	27 DD 12 MM 2023 AAAA
			HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024	HORA 24:00	

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/MOVL	3847300000
ASEGURADO	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E	NIT/CC	890904646
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 32-102	TEL/MOVL	3847300000
BENEFICIARIO	USUARIOS DEL SERVICIO O TERCEROS AFECTADOS	NIT/CC	151515151
DIRECCIÓN		TEL/MOVL	6015922929

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN	CLINICA MEDELLIN ANTIOQUIA MEDELLIN CRA 48 NO. 32-102 MEDELLIN - ANTIOQUIA

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$2,500,000,000.00	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	SI	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	SI	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	SI	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	SI	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	SI	.00%	50,000,000.00 Pesos	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$2,500,000,000.00	\$687,500,000.00		\$130,625,000.00	\$818,125,000.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN %	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN %
		000830018004	CORREDORES COLOMBIANOS DE SEGUROS	

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
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 01600 091 9536 opción servicio al cliente.

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación
CERTIFICADO AB032045
AGENCIA MEDELLIN

PRODUCTO R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado

TELÉFONO 3221363
DIRECCIÓN TRANSVERSAL 39B 70-67

ORDEN 1
USUARIO SPMEJIA

FECHA DE EXPEDICIÓN

27 12 2023
DD MM AAAA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2023 HORA 00:00
HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024 HORA 24:00

FECHA DE IMPRESIÓN

27 12 2023
DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E.
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

EMAIL lgiraldo@hgm.gov.co

NIT/CC 890904646
TEL/MOVL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE EMITE RENOVACIÓN DE PÓLIZA PARA LA VIGENCIA DESCRITA EN CARATULA SEGÚN SOLICITUD RECIBIDA.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN E.S.E.
NIT 890904646-7
ASEGURADO HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN E.S.E.
NIT 890904646-7
UBICACIONES CUBIERTAS CRA 48 NO. 32-102 MEDELLIN - ANTIOQUIA

INTERÉS ASEGURABLE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA
SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA IMPUTABLE AL ASEGURADO, POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRA PATRIMONIALES CAUSADOS POR TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE FUERE OTORGADO, QUE HAYA CAUSADO DAÑO A LA SALUD DE LAS PERSONAS, QUE SE RECLAME DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O DENTRO DEL PERÍODO DE PRÓRROGA PARA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE APLICA, A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO MÉDICO, QUIRÚRGICO, DENTAL, ODONTOLÓGICO, DE ENFERMERÍA, LABORATORIO O ASIMILADOS, PRESTADO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO.

BASE DE LA COBERTURA
CLAIMS MADE Y SIN PERÍODO EXTENDIDO DE REPORTE

ACTOS PREVIOS
NINGUNO, PREVIOS A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD CONCEDIDA, SI ÉSTA APLICA.

FECHA DE RETROACTIVIDAD
19 DE OCTUBRE DEL 2007

VIGENCIA DESDE : 30/12/2023 A LAS 00:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR
HASTA : 30/12/2024 A LAS 24:00 HORAS, TIEMPO LOCAL ESTÁNDAR

LÍMITES GEOGRÁFICOS
REPÚBLICA DE COLOMBIA ÚNICAMENTE.

JURISDICCIÓN Y LEY
ESTE SEGURO SERÁ GOBERNADO E INTERPRETADO DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES VIGENTES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. TODAS LAS PARTES ACUERDAN Y ACEPTAN EL SOMETERSE A LA JURISDICCIÓN Y LEYES EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN
LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO.

LÍMITE PARA CADA Y TODA OCURRENCIA O SERIE DE OCURRENCIAS ORIGINADAS POR UNA MISMA CAUSA Y EN EL AGREGADO ANUAL, POR TODO CONCEPTO DE INDEMNIZACIONES, INTERESES, GASTOS, COSTAS Y HONORARIOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL A SER COMPARTIDO POR TODOS LOS ASEGURADOS Y EN EXCESO DEL DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO.

COP2.500.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL.

DEDUCIBLE
20% DEL VALOR DEL RECLAMO CON UN MÍNIMO DE COP 50.000.000 PARA TODO Y CUALQUIER RECLAMO, CON EXCEPCIÓN DE OBSTETRICIA DONDE SERÁ 20% DEL VALOR DEL RECLAMO CON UN MÍNIMO DE COP 100.000.000 TODO Y CADA RECLAMO.
GASTOS DE DEFENSA: 10% DEL VALOR DEL RECLAMO CON UN MÍNIMO DE COP 15.000.000 TODO Y CADA RECLAMO

PRIMA ANUAL COP 687.500.000 (ANTES DE IVA)

TÉRMINOS Y CONDICIONES ESPECÍFICAS

- DEFINICIÓN DE SINIESTRO:
TODO HECHO O ACTO U OMISIÓN CULPOSA IMPUTADA AL ASEGURADO BAJO ESTA PÓLIZA, COMETIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA O DENTRO DEL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD OTORGADO, SI ESTE APLICASE, QUE HAYA OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD DE LA PERSONA.

- DEFINICIÓN DE RECLAMO:

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) 7480392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO

R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB032045	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	SPMEJIA
AGENCIA	MEDELLIN	TELÉFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA PÓLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
27 DD 12 2023	DESD E 00 30 MM 12 AAAA 2023	HORA	00:00	27 DD 12 2023	
	HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024	HORA	24:00		

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 46 # 32-102
EMAIL lgirald@hgm.gov.co
NIT/OC 890904646
TEL/MOVI 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

CUALQUIER NOTIFICACIÓN ESCRITA, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, SOLICITANDO COMPENSACIÓN EN FORMA MONETARIA POR PERJUICIOS OCASIONADOS O SUPUESTAMENTE OCASIONADOS, DIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA, ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE, DE UNA ACCIÓN Y/O OMISIÓN DEL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, HECHA POR UN TERCERO, Y RECIBIDA POR EL ASEGURADO / ASEGURADOR Y PRESENTADA AL ASEGURADOR / REASEGURADOR DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO, O DENTRO DEL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA LA DENUNCIA DE RECLAMOS, SI ESTE ÚLTIMO APLICASE.

OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO:
 EN EL EVENTO DE SER NOTIFICADO Y LLAMADO A CITACIÓN A LA DILIGENCIA DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL O DE RECIBIR UNA NOTIFICACIÓN DE DEMANDA, EL ASEGURADO DEBERÁ ENVIAR LA INFORMACIÓN AL ASEGURADOR DENTRO DE UN LAPSO DE TIEMPO NO MAYOR A SEGUN LEY DÍAS POSTERIORES A DICHAS NOTIFICACIONES.

- PETICIONES EXTRAJUDICIALES:
 PARA EFECTOS DE PRESCRIPCIÓN EN CASOS DE PETICIONES EXTRAJUDICIALES, LA FECHA DE INICIO DEBERÁ SER CONTADA A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL AFECTADO RADIQUE LA CARTA DE RECLAMO, CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES E INDICANDO EL MONTO DE SUS PRETENSIONES ECONÓMICAS.

- PLURALIDAD DE RECLAMOS:
 (a) LA INCLUSIÓN DE MÁS DE UN ASEGURADO EN UN MISMO RECLAMO, O LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR MÁS DE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN RESPECTO DE UN MISMO HECHO Y/O DAÑO, EN NINGÚN CASO SERVIRÁN PARA AUMENTAR EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR CADA OCURRENCIA.

(b) DOS O MÁS RECLAMOS ORIGINADOS POR LA MISMA CAUSA, O PROVENIENTES DEL MISMO ERROR U OMISIÓN, O DEL MISMO ACTO MÉDICO O SERIE DE ELLOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO UN SOLO RECLAMO.

(c) TODOS ESTOS RECLAMOS RELACIONADOS REFERIDOS EN EL NUMERAL (B), SIN IMPORTAR CUANDO SEAN ORIGINADOS, SERÁN CONSIDERADOS COMO REALIZADOS EN LA FECHA EN LA CUAL EL PRIMER RECLAMO HAYA SIDO PRESENTADO.

(d) EN EL CASO DE UN TRATAMIENTO EXTENDIDO, CONTINUO, INTERMITENTE O REPETIDO CON EL ASEGURADO Y CUANDO NO HAYA UN ACUERDO SOBRE CUANDO UN SERVICIO PROFESIONAL QUE DE ORIGEN A UN RECLAMO SE HAYA PRESTADO INICIALMENTE, SE CONSIDERARÁ PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA QUE EL SERVICIO PROFESIONAL SE PRESTÓ EN EL MOMENTO EN QUE EL RECLAMANTE CONSULTÓ POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO A CAUSA DE LOS SÍNTOMAS QUE DIERON ORIGEN AL TRATAMIENTO PRESCRITO POR EL ASEGURADO.

COSTOS DEL PROCESO
 EL ASEGURADOR RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA O LA DEL ASEGURADO, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DEL CONTRATO DE SEGURO;
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE, CONFORME A LOS ARTÍCULOS PERTINENTES DE ESTE TÍTULO, DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, ESTE SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.
4. LA PRESENTE COBERTURA INCLUYE EL ARANCEL JUDICIAL, SOLO SI DENTRO DE LAS COSTAS JUDICIALES A LAS QUE SEA CONDENADO EL ASEGURADO SE LIQUIDA DICHO RUBRO.

- GASTOS DE DEFENSA:

10% DEL VALOR ASEGURADO EVENTO VIGENCIA

a) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

b) LOS GASTOS DE DEFENSA EN RELACIÓN A UN PROCESO JUDICIAL, ADMINISTRATIVO O ARBITRAL QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

c) SE ENCUENTRAN INCLUIDAS EN LA COBERTURA LAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES QUE CELEBRE EL ASEGURADO QUE TENGAN POR OBJETO CONCLUIR LAS DENUNCIAS O DEMANDAS FORMULADAS EN SU CONTRA, LAS QUE DEBERÁN CONTAR PREVIAMENTE CON LA CONFORMIDAD DEL ASEGURADOR. ESTAS CONCILIACIONES Y TRANSACCIONES PODRÁN HACERSE DENTRO DEL JUICIO O FUERA DE ÉL, ES DECIR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE DERIVEN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA EXTRA CONTRACTUAL:

1. ARBITRAJE
 HASTA UN 10% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 10% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

2. DEMANDA JUDICIAL

(a) PRIMERA INSTANCIA

HASTA UN 10% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 10% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

(b) SEGUNDA INSTANCIA

HASTA UN 5% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 5% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3. TRANSACCIÓN

o SI LA TRANSACCIÓN SE PRODUCE DE MANERA EXTRAJUDICIAL, SE RECONOCERÁ HASTA UN 20% DEL VALOR RECLAMADO Y MÁXIMO HASTA EL 20% DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

o SI LA TRANSACCIÓN SE PRODUCE DENTRO DEL JUICIO O DENTRO DEL ARBITRAJE, SE RECONOCERÁ EL VALOR CORRESPONDIENTE AL HONORARIO ARRIBA SEÑALADO.

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 081 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB032045	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	SPMEJIA
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA			
27	12	2023	DESDE	DD	30
MM	AAAA	MM	12	AAAA	2023
27	12	2023	HASTA	DD	30
MM	AAAA	MM	12	AAAA	2024
		HORA			
		00:00			
		24:00			
		FECHA DE IMPRESIÓN			
		27			
		12			
		2023			
		AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E.
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

NIT/CC 890904648
TEL/MOVI 3847300000

EMAIL: lgirald@hgm.gov.co

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

- d) LA ASEGURADORA / EL REASEGURADOR NO PODRÁN REALIZAR ACUERDOS CONCILIATORIOS, CON LOS TERCEROS SIN EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL ASEGURADO; SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO REHUSARA ACEPTAR EL ACUERDO PROPUESTO EN FORMA FENACIENTE POR LA ASEGURADORA, LA SUMA A PAGAR POR LA ASEGURADORA POR EL SINIESTRO EN CASO DE SENTENCIA O POR POSTERIOR TRANSACCIÓN, NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN INICIALMENTE PROPUESTA, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTAS E INTERESES DEVENGADOS HASTA LA FECHA DE DICHA PROPUESTA INICIAL.
- e) LOS PAGOS SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.
- f) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD
(a) EN CUALQUIER MOMENTO, LOS ASEGURADORES, A SU ELECCIÓN Y DISCRECIÓN Y SIN QUE ELLO IMPLIQUE LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LOS ASEGURADORES EN PERJUICIO DEL ASEGURADO, PODRÁ HACER PAGO O DEPÓSITO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN (DESPUES DE LA DEDUCCIÓN DE CUALQUIER SUMA YA PAGADA) O CUALQUIER CANTIDAD MENOR POR LA CUAL TALES RECLAMOS PUDIERAN SER ARREGLADOS, DEJANDO AL ASEGURADO LA DIRECCIÓN EXCLUSIVA DE LA CAUSA.

(b) HECHO ESTE PAGO O DEPÓSITO, LOS ASEGURADORES QUEDARÁN LIBERADOS DE LOS GASTOS Y COSTAS QUE SE DEVENGUEN POSTERIORMENTE AL IGUAL QUE DE TODA OTRA RESPONSABILIDAD BAJO LA POLIZA EN RELACIÓN CON LA PRETENSIÓN DEL (DE LOS) TERCERO(S) DAMNIFICADOS Y/O CON EL HECHO QUE GENERÓ LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, EXCEPTO POR EL PAGO DE LOS COSTOS DE LA DEFENSA INCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE TAL PAGO (A MENOS QUE SE HAYA ESTABLECIDO QUE EL LÍMITE DE LA INDEMNIZACIÓN INCLUYE COSTOS DE LA DEFENSA).

BENEFICIOS : LOS BENEFICIOS ADICIONALES ESTÁN SUJETOS A TODOS LOS TÉRMINOS Y ADICIONALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA.

1. ASISTENCIA EN FORO PENAL
COP25.000.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL. (A) EN CASO DE ACCIÓN PENAL CONTRA EL ASEGURADO, EL ASEGURADOR PODRÁ COLABORAR PROPORCIONANDO AL ASEGURADO, PREVIO SU REQUERIMIENTO POR ESCRITO, ASESORAMIENTO JURÍDICO O DE PERITOS O DELEGADOS TÉCNICOS.

(b) ESTA COLABORACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADOR NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE ESTE ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

(c) ESTE ES UN BENEFICIO ADICIONAL BAJO LA DISCRECIÓN ABSOLUTA DEL ASEGURADOR; POR TANTO, ESTE PODRÁ DECIDIR UNILATERALMENTE EL COSTO Y/O TIEMPO DE SU COLABORACIÓN.

(d) LA DEFENSA SERÁ ASUMIDA ÚNICAMENTE POR ABOGADOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y PRE-APROBADOS POR EL ASEGURADOR.

(e) SE ACLARA QUE ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA BAJO LA MODALIDAD DE RE-EMBOLSO PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL ASEGURADO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PENAL.

(f) LA ASISTENCIA EN FORO PENAL SERÁ CUBIERTA DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

(g) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

2. PROCESOS ADMINISTRATIVOS. COP25.000.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL

(a) EN CASO QUE SE PROMUEVAN PROCESOS ADMINISTRATIVOS CONTRA EL ASEGURADO EMANADOS DE SU RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA COMO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA PARA ATENDER LOS GASTOS DE DEFENSA DIRECTAMENTE ASOCIADOS CON ESTOS PROCESOS.

(b) ESTE BENEFICIO ADICIONAL NO IMPLICARÁ LA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR ANTE EL ASEGURADO O TERCEROS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA COBERTURA.

(c) LA DEFENSA SERÁ ASUMIDA ÚNICAMENTE POR ABOGADOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y PRE-APROBADOS POR EL ASEGURADOR.

(d) SE ACLARA QUE ESTE BENEFICIO ADICIONAL OPERA BAJO LA MODALIDAD DE RE-EMBOLSO PREVIA DEMOSTRACIÓN DEL ASEGURADO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.

(e) EL ASEGURADOR NO ESTARÁ OBLIGADO A RECONOCER NI A REEMBOLSAR AL ASEGURADO NINGÚN MONTO POR CONCEPTO DE SANCIÓN O MULTA, SI ALGUNO, COMO RESULTADO DE UN PROCESO ADMINISTRATIVO CONTRA EL ASEGURADO.

(f) EL ASEGURADOR RECONOCERÁ COMO BASE PARA LOS HONORARIOS AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD.

(g) LOS PAGOS POR ESTE BENEFICIO ADICIONAL SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO. EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

3. FIANZAS Y CAUCIONES

COP25.000 POR EVENTO / COP100.000.000 AGREGADO ANUAL.

(a) LA POLIZA CUBRIRÁ EL COSTO DE LAS PRIMAS DE FIANZAS CIVILES O EL COSTO DE EMISIÓN DE UNA GARANTÍA BANCARIA O CAUCIÓN CON RESPECTO A PROCEDIMIENTOS LEGALES QUE RESTRINJAN LA LIBERTAD DEL ASEGURADO EN RELACIÓN A UN PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACTO MÉDICO AMPARADO EN LA POLIZA.

(b) LOS ASEGURADORES NO ESTARÁN OBLIGADOS A EXPEDIR DICHAS FIANZAS Y/O GARANTÍAS BANCARIAS Y/O CAUCIONES.

(c) ESTOS COSTOS SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

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 (001) 7460322.
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AB032045	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	SPMEJA
AGENCIA	MEDELLIN	TELEFONO	3221363	DIRECCIÓN	TRANSVERSAL 39B 70-67
FECHA DE EXPEDICIÓN	27 12 2023	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2023 HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024	FECHA DE IMPRESIÓN	27 12 2023
			HORA 00:00		
			HORA 24:00		

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E.
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102
EMAIL lgirald@hgm.gov.co
NIT/CC 890904646
TEL/MOVL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

(d) EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

4. PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES:

COP250.000.000 POR EVENTO / COP1.000.000.000 AGREGADO ANUAL.

INCLUYE PERJUICIO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y DAÑOS A LA VIDA DE RELACIÓN, Y CUALQUIER OTRO PERJUICIO QUE TENGA CARÁCTER EXTRAPATRIMONIAL SIEMPRE QUE SE DERIVEN DE UN DAÑO Y/O LESIÓN CORPORAL CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

(a) LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES EN RELACIÓN AL PROCESO QUE SE ADELANTE COMO CONSECUENCIA DE UN DAÑO AMPARADO EN LA PÓLIZA SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO HAYA UN DAÑO O LESIÓN PERSONAL O CORPORAL IMPUTADO AL ASEGURADO DICTAMINADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL FALLO DE UN JUEZ.

(b) LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(c) EL PAGO POR TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

5. DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

(a) SE AMPARAN LOS DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE)

SUFRIDOS POR UN PACIENTE CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO AL RECLAMANTE.

(b) LOS PAGOS POR LUCRO CESANTE SERÁN CUBIERTOS DENTRO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN Y NO EN ADICIÓN AL MISMO.

(c) EL PAGO DE TALES REDUCIRÁ EL MONTO DEL LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR:

PERSONAL MÉDICO AUXILIAR

1. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS DEL PERSONAL MÉDICO AUXILIAR (POR EJEMPLO: ENFERMERAS, PARAMÉDICOS, LABORATORISTAS Y ASIMILADOS), VINCULADOS LABORALMENTE CON EL ASEGURADO CUANDO ESTOS TRABAJEN PARA EL ASEGURADO DENTRO DE LOS PREDIOS AQUÍ ASEGURADOS, O SEAN AUTORIZADOS POR EL ASEGURADO A TRABAJAR FUERA DE SUS INSTALACIONES.

ESTA PÓLIZA SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, PERO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SEAN DEMANDADOS SOLIDARIAMENTE CON EL ASEGURADO.

RESPONSABILIDAD CIVIL INDIRECTA 2. MÉDICOS Y CIRUJANOS

(A) LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS DE PROFESIONALES MÉDICOS (MÉDICOS Y CIRUJANOS) EMPLEADOS, NO EMPLEADOS (ADSCRITOS), PROVISIONALES, SUBSTITUTOS, TEMPORALES, CONTRATISTAS O INDEPENDIENTES EN USO DE LOS PREDIOS, EQUIPOS Y/O PERSONAL DE APOYO DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS PERSONAS INDIVIDUALMENTE, LOS MÉDICOS DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS

(B) LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

ESTA PÓLIZA NO SE EXTIENDE A AMPARAR ESTAS ENTIDADES INDIVIDUALMENTE, LAS CUALES DEBERÁN TENER SUS PROPIAS PÓLIZAS PARA SU PROTECCIÓN EN CASO DE VERSE INVOLUCRADOS EN RECLAMOS.

APARATOS Y EQUIPOS

3. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LA POSESIÓN Y/O EL USO POR O EN NOMBRE DEL ASEGURADO DE APARATOS Y EQUIPOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS Y EQUIPOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y NO SEAN DE CARÁCTER EXPERIMENTAL.

GARANTÍA DEL ASEGURADO

EL ASEGURADO SE COMPROMETE A QUE SE LES HAGAN LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL(OS) FABRICANTE(S), CONSIGNANDO DICHOS SERVICIOS FEHACIENTEMENTE EN LAS BITÁCORAS DE MANTENIMIENTO PARA DICHOS APARATOS Y EQUIPOS.

SUMINISTRO DE BEBIDAS, ALIMENTOS Y MATERIALES

4. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR SUMINISTRO DE BEBIDAS Y ALIMENTOS, MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, DROGAS O MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL ASEGURADO HAYA DELEGADO MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

ESTUDIANTES DE PRE Y POST GRADO

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
AA084516

FACTURA
AB034355



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación
CERTIFICADO AB032045
AGENCIA MEDELLIN

PRODUCTO

R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado

TELÉFONO 3221363

DIRECCIÓN TRANSVERSAL 39B 70-67

ORDEN 1

USUARIO SPMEJIA

FECHA DE EXPEDICIÓN

27 DD 12 MM 2023 AAAA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2023 HORA 00:00
HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024 HORA 24:00

FECHA DE IMPRESIÓN

27 DD 12 MM 2023 AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

EMAIL lgirald@hgm.gov.co

NIT/CC 890904648
TEL/MÓVIL 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

5. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LOS ACTOS MÉDICOS DE ESTUDIANTES DE PRE Y POST GRADO QUE REALICEN SUS PRÁCTICAS MÉDICAS DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL ASEGURADO, HABILITADOS POR PERMISO/ACUERDO PREVIO POR ESCRITO ENTRE EL ASEGURADO Y LA INSTITUCIÓN DOCENTE Y QUE REALICEN LOS ACTOS MÉDICOS BAJO LA SUPERVISIÓN Y CONTROL DE UN PROFESIONAL MÉDICO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN DOCENTE MIENTRAS SEAN ESTUDIANTES ACTIVOS Y REGISTRADOS Y SE ENCUENTREN DESARROLLANDO LABORES ACADÉMICAS, INCLUSIVE DURANTE PERÍODOS DE VACACIONES, SIEMPRE Y CUANDO TALES LABORES Y/O PRÁCTICAS CORRESPONDAN AL PERÍODO ACADÉMICO PARA EL CUAL SE MATRICULARON.

SE ENTIENDE "INCLUSIVE DURANTE LOS PERÍODOS DE VACACIONES" COMO SITUACIONES DONDE LAS CLASES HAYAN TERMINADO PERO LOS ESTUDIANTES TENGAN QUE HACER PASANTÍAS O SIMILARES COMO PARTE DE SU PENSUM Y CURRÍCULUM ACADÉMICO.

MATERNIDAD

6. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DESTINADAS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE EL ASEGURADO PUEDA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO SON VASECTOMÍAS, LIGADURA DE TROMPAS, INSTALACIÓN DE DIU, ETC.

EN CASO DE REQUERIRSE UNA AUTORIZACIÓN JUDICIAL, ESTA CONDICIÓN TENDRÁ QUE SER CUMPLIDA PREVIAMENTE A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

QUEDAN EXCLUIDAS EXPRESAMENTE EN TODO PROCEDIMIENTO CUALQUIER RECLAMACIÓN CONCERNIENTE ÚNICAMENTE AL RESULTADO DEL MISMO.

SERVICIOS MÉDICOS DOMICILIARIOS

7. LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN DOMICILIOS, TALES COMO:

SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, YA SEAN ESTOS SERVICIOS PRESTADOS POR EMPLEADOS DIRECTOS DEL MISMO ASEGURADO O POR PROFESIONALES MÉDICOS CONTRATADOS COMO TERCEROS PARA PROVEER LOS SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

o ATENCIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA, TERAPIA FÍSICA, TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA DE FONOAUDILOGÍA MEDIANTE EMPLEADOS DIRECTOS DEL MISMO ASEGURADO O POR PROFESIONALES MÉDICOS CONTRATADOS COMO TERCEROS PARA PROVEER LOS SERVICIOS A NOMBRE DEL ASEGURADO.

o PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CONTRATADOS SE CONDICIONA A:

o QUE TENGAN SUS PROPIAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.

o DENTRO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON EL ASEGURADO, REQUERIMIENTO DE:

o LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES / PERJUICIOS PARA EL ASEGURADO POR ACTOS DE PRESTADORES.

o DEFENSA DEL ASEGURADO POR PARTE DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS CONTRATADOS CASO QUE EL ASEGURADO SEA DEMANDADO POR ACTOS DE LOS PRESTADORES.

8. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL SE AMPARA:

CUANDO EL ASEGURADO FUESE RESPONSABLE AÚN EN AUSENCIA DEL

CONTRATO, Y

SIEMPRE Y CUANDO EL ACTO HAYA OCURRIDO CON POSTERIORIDAD A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

9. ENSAYOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO COP\$600.000.000 POR EVENTO / AGREGADO ANUAL

LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL ASEGURADO POR ENSAYOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO PARA TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO CUMPLIMENTADO CON TODOS Y CADA UNO DE LOS "PARTICIPANTES" EN EL ENSAYO Y AVALADO FEHACIENTEMENTE CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS DE ESTOS PREVIO AL INICIO DE DICHO ENSAYO:

EL ASEGURADO DEBERÁ PRESERVAR EN SU PODER DICHOS

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS:

o CUALQUIER ACCIÓN LEGAL Y/O RECLAMO EN CONTRA DEL ASEGURADO POR UN PARTICIPANTE EN UN ENSAYO CLÍNICO Y DE QUIEN EL ASEGURADO NO PUEDA PRODUCIR FEHACIENTEMENTE EL RESPECTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO CON FIRMA Y FECHA SE CONSIDERARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA.

ESTA EXTENSIÓN NO APLICA:

AL PRODUCTO OBJETO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS;

o AL FABRICANTE, PROVEEDOR, DISTRIBUIDOR O REPRESENTANTE DEL MISMO.

o A PARTICIPANTES QUE SEAN MENORES DE EDAD, AUN CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DE LOS PADRES.

AMPARO AUTOMÁTICO PARA NUEVAS OPERACIONES CON AVISO NO MAYOR A SESENTA (60) DÍAS.

GENERALES - o EL ASEGURADO DECLARA OBSERVAR LAS PRESCRIPCIONES Y REGLAMENTOS EXIGIDOS PARA EL EJERCICIO DE ESTA ACTIVIDAD, INCLUYENDO, PERO NO LIMITÁNDOSE A LO ESTIPULADO POR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y EL CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

o MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO.

o REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA EN SESENTA (60) DÍAS.

o SI EXISTE(N) OTRO(S) SEGUROS QUE APLIQUE(N) A UN RECLAMO CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE

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 el (001) 7480392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO

R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA084516

FACTURA
AB034355



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Renovación
CERTIFICADO AB032045
AGENCIA MEDELLIN

PRODUCTO

R.C. PROFESIONAL CLINICAS
FORMA DE PAGO Contado

TELÉFONO 3221363

DIRECCIÓN TRANSVERSAL 39B 70-67

ORDEN 1

USUARIO SPMEJIA

FECHA DE EXPEDICIÓN

27 12 2023
DD MM AAAA

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE DD 30 MM 12 AAAA 2023
HASTA DD 30 MM 12 AAAA 2024

FECHA DE IMPRESIÓN

27 12 2023
DD MM AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ" E.S.E
DIRECCIÓN CARRERA 48 # 32-102

EMAIL: lgiraldod@hgm.gov.co

NIT/CC 890904646

TEL/MOVI 3847300000

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

ESTA PÓLIZA SERÁ CONSIDERADA COMO SEGURO DE EXCESO SOBRE LA LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE LA(S) OTRA(S) PÓLIZA(S), LA(S) CUAL(ES) DEBERÁ(N) SER CONSIDERADA(S) COMO PÓLIZA(S) PRIMARIA(S).

SUJETO A:

A) CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, DENTRO DE LOS VEINTE (20) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, DE CONFORMIDAD AL TEXTO QUE SE PROVEE MÁS ABAJO.

B)

CONFIRMACIÓN POR PARTE DE LA CEDENTE DE QUE EL CLIENTE TIENE RETROACTIVIDAD DESDE 2007 DE FORMA ININTERRUMPIDA CON EL LÍMITE ASEGURADO DE COP 2.500.000.000

C) LISTADO DE LA SINIESTRALIDAD DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS CON DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS, VALORES ACTUALIZADOS, MONTO DE LAS RESERVAS, VALORES PAGADOS Y FECHAS DE OCURRENCIA Y REPORTE.

CONDICIONES GENERALES:

- CIRUGÍA PLÁSTICA / ESTÉTICA: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA / COSMÉTICA A MENOS QUE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y/O ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA SEA TOTALMENTE NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O DEFORMACIÓN CONGÉNITA
- IVF- FERTILIZACIÓN IN VITRO / ESTERILIZACIÓN / ABORTO: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS O ATRIBUIBLES A LA REALIZACIÓN DE CUALQUIER TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO, PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN Y/O CUALQUIER OTRA OPERACIÓN/ TRATAMIENTO DESTINADA A LA TERMINACIÓN/ INTERRUPTURA DEL EMBARAZO A MENOS QUE SEA CLÍNICAMENTE INDICADA
- ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGÚN RECLAMO (DE CUALQUIER NATURALEZA, TALES COMO PERO NO LIMITADO A CIVIL, PENAL, DISCIPLINARIO, ÉTICO ADMINISTRATIVO), PÉRDIDA O DAÑOS YA SEA MATERIALES O PERSONALES, PATRIMONIALES O EXTRAPATRIMONIALES, PUNITIVOS, MULTIPLICADOS O DE CUALQUIER OTRO TIPO (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: ANGUSTIA EMOCIONAL, TRAUMA MENTAL, CUALQUIER TIPO DE FOBIA, INTERRUPTURA DE NEGOCIOS, SUFRIMIENTO FÍSICO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS POR HABER SIDO O ESTADO EXPUESTO A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS O INFECCIOSAS, ETC.), NI NINGÚN TIPO DE GASTOS QUE PROVENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE (CAUSADOS Y/O RELACIONADOS DE ALGUNA MANERA) CON: EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), Y/O SÍNDROME DE DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), Y/O HEPATITIS, Y/O ENFERMEDAD CREUTZFEL- JACOB, Y/O ZIKA, Y/O NINGÚN TIPO DE CORONAVIRUS (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A COVID-19), Y/O CUALQUIER VIRUS O BACTERIA (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: EBOLA, BIRD FLU, SARS, MERS, SWINE FLU, ETC.), Y/O SUS AGENTES PATÓGENOS Y/O O CUALQUIER ENFERMEDAD DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SE CONSIDERE EPIDÉMICA Y/O QUE SE CONSIDERE PANDEMICA, O QUE HAYA SIDO DECLARADA EN CUALQUIER FORMA YA SEA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y/O GOBIERNO DE UN PAÍS Y/O CUALQUIER OTRA ENTIDAD OFICIAL O NO COMO EPIDEMIA Y/O PANDEMIA.
- BANCOS DE SANGRE: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS DERIVADOS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS BANCOS DE SANGRE, EXCEPTO CUANDO ESTÉN EXCLUSIVAMENTE PROPORCIONANDO PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO
- MANIPULACIÓN GENÉTICA: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE DAÑOS GENÉTICOS Y/O MANIPULACIÓN DE MATERIA GENÉTICA.
- LASIK: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE O EN CONEXIÓN CON EL DESEMPEÑO DE LASIK (LASER IN SITU KERATOMILEUSIS)
- DELEGACIÓN: ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN DE TRATAMIENTOS, SERVICIOS, Y / U OTROS ACTOS MÉDICOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS Y QUE SEAN DELEGADOS A PERSONAL NO MÉDICO DIFERENTES A MÉDICOS RESPONSABLES.
- ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGUNA RECLAMACIÓN Y/O DAÑO Y/O GASTOS QUE SURJAN Y/O SEA ATRIBUIBLES O FORMULADAS AL ASEGURADO Y QUE SEAN RELACIONADAS Y/O DERIVADAS DE CUALQUIER TIPO DE ATAQUE SEXUAL, ABUSO Y/O ACOSO FÍSICO Y/O SEXUAL Y/O VIOLACIÓN, DISCRIMINACIÓN SEXUAL, ASÍ COMO CUALQUIER EVENTO QUE ATENTE CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL DE INDIVIDUO, Y QUE SUCEDAN TANTO CON EL PRETEXTO DE TRATAMIENTO O DE FORMA AISLADA E INDEPENDIENTE DE DICHO PRETEXTO Y/O EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO MÉDICO O DE FORMA AISLADA E INDEPENDIENTE DEL MISMO TRATAMIENTO.
- RIESGO Y/O ATAQUES CIBERNÉTICOS LMA 5468
- TELEMEDICINA
- REHABILITACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS 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

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.

