Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Riohacha	26	4030	80025302	6380025302014

Liberty Seguros S.A.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE COOMEVA .			Ident. / T.I.	890300625 NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	JESUALDO ALONSO DURAN URBINA			Ident. / T.I.	17953221 CC
Asegurado:	CENTRO DE RESONANCIA MAGNETICA DEL NORTE SAS			Ident. / T.I.	9004682104 NIT
Teléfono Asegurado:	7284197	Correo Electrónico:	gerenciafinanciera@resonanciamagneticadelnorte.com		
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1 CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	01/10/2022	Hasta 00:00	01/10/2023	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	01/10/2022	Hasta 00:00	01/10/2023

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CRA. 11A NO. 13 - 82				
Ciudad:	RIOHACHA	Departamento:	LA GUAJIRA	Teléfono:	7289147
Nombre:	CENTRO DE RESONANCIA MAGNETICA DEL NORTE S A S			Ident.:	9004682104
Valor Asegurado:				No. Camas:	30

ESPECIALIDAD	NUMERO DE MEDICOS TIPO "A"	NUMERO DE MEDICOS TIPO "B"
ESPECIALIDAD 2	1	0
ESPECIALIDAD 3	2	0

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 500.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
GASTOS DE DEFENSA	SUBLIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $50'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUBLIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MAXIMO $15'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
CENTRO DE RESONANCIA MAGNETICA DEL NORTE SAS	NIT	9004682104

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

CONDICIÓN PARTICULAR DEFINICIONES PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD:

MÉDICOS TIPO "A": Médicos vinculados a la institución médica mediante contrato laboral.
MÉDICOS TIPO "B": Médicos vinculados a la institución médica mediante contrato de prestación de servicio.

ESPECIALIDAD 1: Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Traumatología.

ESPECIALIDAD 2: Cabeza Y Cuello, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía De Cabeza Y Cuello, Cirugia De Columna, Cirugía De Mama Y Tumores De Tejidos Blandos, Cirugía De Mano Cirugía De Tórax (Cirugía Torácica), Cirugía Gastroenterológica, Cirugía Gastrointestinal Y Endoscopia Digestiva, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica Reconstructiva, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía Vascular Y Angiología, Geriatría, Laringología, Medicina Crítica Y Cuidado Intensivo Pediátrico, Nefrología, Neonatología, Neoplásica, Neumoencelografia, Neumología, Neurocirugia, Neurología, Oculoplastia, Quimioterapia, Radiología - Con Diagnóstico, Radiología E Imágenes Diagnósticas, Radioterapia O Terapia Radiante, Torácica, Urología, Vascular, Cirugía Oral Y Maxilofacial, Cirugía Y Traumatología Buco Maxilo Facial, Oral Y Maxilofacial, Remoción De Hueso-Cordales Impactadas, Remoción De Tejido Cordales Impactadas.

ESPECIALIDAD 3: Angiología General Y Hemodinamia, Coloproctología, Cuidado Intensivo Pediátrico, Dermatología, Enfermedades Neoplásicas, Enfermedades Vasculares, Epidemiología Clínica, Epidemiología General, Gastroenterología, Glaucoma, Hematología, Hemodinamia Y Cardiología Intervencionista, Hemoterapia E Inmunohematología, Imagenología Oncológica, Kinesiólogo, Medicina Aerospacial, Medicina De Emergencias, Medicina Del Deporte, Medicina Del Dolor, Medicina Familiar, Medicina Física Y De Rehabilitación, Medicina Forense, Medicina General, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Medicina Ocupacional, Medicina Psicosomática, Medicina Materno Fetal, Neurofisiología Clínica, Obstetricia, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Rinología, Toxicología, Prostodoncia, Prótesis Dentobucomaxilar, Rehabilitación Oral, Enfermería Cardiorrespiratoria, Enfermería Materna Perinatal, Enfermería Neurológica, Enfermería Oncológica, Enfermería Pediátrica, Cuidado Crítico, Cuidado Respiratorio, Atención Pre Hospitalaria, Bacteriología Y Laboratorio Clínico, Fisioterapia – Kinesiología, Fonoaudiología,

ORIGINAL

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Riohacha	26	4030	80025302	6380025302014

Liberty Seguros S.A.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
Medicina General, Alergia E Inmunología, Alimentación Y Nutrición En Promoción De Salud, Anatomía Patológica, Diabeto Logía, Endocrinología, Ergonomía, Fisiatría, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Infecto Logía, Patología, Salud Ocupacional, Terapia Miofuncional Oro Facial Y Disfagia, Nutrición Y Dietética, Optometría, Psicología, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, Veterinaria.

ESPECIALIDAD 4: Ecocardiografía, Electrofisiología Clínica, Odontopediatría, Diagnóstico Por Imágenes Buco Maxilofacial, Endodoncia, Odontología Legal, Ortodoncia Y Ortopedia Maxilar, Periodoncia Y Medicina Oral, Auxiliar De Urgencias Médicas, Odontología.

ESPECIALIDAD 5: Auxiliar De Anestesia, Auxiliar De Consultorio Odontológico, Auxiliar De Droguería, Auxiliar De Enfermería, Auxiliar De Gerontología, Auxiliar De Higiene Oral, Auxiliar De Laboratorio Clínico, Auxiliar De Radiología, Cito Técnico, Enfermería, Química Farmacéutica, Instrumentación Quirúrgica, Mecánica Dental, Trabajador Social Clínico.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a **LIBERTY SEGUROS S.A.**, o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a **LIBERTY SEGUROS S.A**. NIT. 860.039.988-0 con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a **LIBERTY SEGUROS S.A.** a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a **LIBERTY SEGUROS S.A.**, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que, en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

CONTACTO COOMEVA:

En caso de requerir información adicional ponemos a tu disposición nuestra red de oficinas Coomeva, la línea nacional de atención 01 8000 950 123 opción 4, vía celular #464 Opción 4 o ingresando a nuestra página web www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente retroactividad se tomará al inicio de vigencia de la misma. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Riohacha	26	4030	80025302	6380025302014

Liberty Seguros S.A.

POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS, HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

CERTIFICADO DE: MODIFICACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
El valor de prima que se indica en el presente documento se estableció de acuerdo a los datos y características que el cliente entregó en el proceso de emisión. En caso de presentarse alguna modificación o corrección sobre estos datos, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar los ajustes de prima que considere pertinente de acuerdo a sus políticas de suscripción aplicables al ramo objeto de este seguro.

OBSERVACIONES:
pago total

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO
350072	06-10-2022	$ 3.294.917

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:**	**VALOR IVA VIGENCIA:** $ 526.079	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 3.294.917	
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:**	$ 0	**PRIMA MENSUAL CON IVA:** N.A.	
USUARIO: ALENDRIS YOHANA PEREZ ARREGOCES	**CANAL:** DIRECTO BARRA COMERCIAL	**PROCEDENCIA:** ASOCIADO	**PROMOTOR:** Alendris Yohana Perez Arregoces		
FECHA IMPRESIÓN: 06/10/2022	**REGIONAL:** Regional Caribe	**ZONA CIUDAD:** Nacional	**OFICINA:** oficina Riohacha		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página https://www.libertycolombia.com.co/personas/seguros-responsabilidad-civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escribanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: 22/05/2020-1333-P-06-RESPCIVCLINHOSPC-DR0I
DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail: defensor.liberty@libertycolombia.com, Teléfonos +57 601 4898285, +57 601 6092013, 3208312863 o 3224163490
NOTIFICACIONES: SUCURSAL CALI Calle 36 N # 6A- 65, Piso 23 – Oficina 2301 TELÉFONO 660-30-50

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ORIGINAL