Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355000

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

Liberty Seguros S.A.

CERTIFICADO DE: INCLUSIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA	Ident. / T.I.	890300625	NIT
Teléfono Tomador:	3330000			
Responsable de pago:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ	Ident. / T.I.	1000145114	CC
Asegurado:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ	Ident. / T.I.	1000145114	CC
Teléfono Asegurado:	8281825 Correo Electrónico: juandavidmogollonjimenez@gmail.com			
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES	Ident. / T.I.	1	CC
Teléfono Beneficiario:	Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2018	Hasta 00:00	31/07/2019	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	11/09/2018	Hasta 00:00	31/07/2019

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CR 104 95A-48 AP 201				
Ciudad:	APARTADÓ	Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono:	8281825
Nombre:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ			Ident.	1000145114
Especialidad:	ECOCARDIOGRAFÍA, ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA, ODONTOPEDIATRIA, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES BUCO MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, ODONTOLOGÍA LEGAL, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR, PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL, AUXILIAR DE URGENCIAS MEDICAS, ODONTOLOGÍA				

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	$ 170.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUB LIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO	
GASTOS DE DEFENSA	SUB LIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO $50'000.000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUB LIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL PLAN CONTRATADO MAXIMO $15'000.000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ	CC	1000145114

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.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a LIBERTY SEGUROS S.A., a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y A LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S 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 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. NIT. 860.008.645-7, 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 y a LIBERTY SEGUROS DE VIDA 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 LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A.S, con NIT. 860.508.462-1, 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

Scanned by CamScanner

SEC

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355000

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

Liberty Seguros S.A.

CERTIFICADO DE: INCLUSIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

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 para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales 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 tener inquietudes por favor infórmenos ingresando a 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 se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. 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.

OBSERVACIONES:
POLIZA NUEVA - Johanna Maria Restrepo Higuita

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

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:** Mensual	**VALOR IVA VIGENCIA:** $ 46.412	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 290.688
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:** $ 0		**PRIMA MENSUAL CON IVA:** $ 96.896

USUARIO:	FELIPE ZAPATA CALDERON	**CANAL:**	EJECUTIVO PROMOTOR	**PROCEDENCIA:**	ASOCIADO	**PROMOTOR:**	Johanna Maria Restrepo Higuita
FECHA IMPRESIÓN:	12/09/2018	**REGIONAL:**	Regional Medellin	**ZONA CIUDAD:**	Nacional	**OFICINA:**	Oficina Apartado

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 www.libertycolombia.com.co en el Link ServicioAlCliente/SoporteEnLinea/Documentacion/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 escríbanosatencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: **PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - 26/11/2016-1333-P-06-RCPM VERSIÓN NOVIEMBRE DE 2016.**

DEFENSOR DEL CLIENTE: **Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail: defensor.liberty@libertyseguros.co, Tel 3103300 Ext 1201 en Bogotá**

NOTIFICACIONES: **SUCURSAL CALI CALLE 23 NORTE No. 4N – 50 PISO 3 TELÉFONO 660-30-50**

Scanned by CamScanner

SEC

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355000

PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD – Plan Tres Cuotas

Liberty Seguros S.A.

CERTIFICADO DE: INCLUSIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Dr. Juan David Mogollon
Endodoncia
Universidad Santo Tomás
Reg: 52921-12

FIRMA DEL ASEGURADO

Scanned by CamScanner

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE PARTICULARES

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
APARTADO, 10 DE SEPTIEMBRE DE 2018	2187231-5		12542325
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
ESI SEGUROS LTDA	1522	2536	01212542325

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1000145114	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CR 104 95 A-48		APARTADO	8253819

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1000145114	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8001411037	POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA URABA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CALIDAD DEL SERVICIO	10-SEP-2018	31-DIC-2019	5.000.000,00	69.667,66
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	10-SEP-2018	03-MAR-2019	2.000.000,00	10.164,24

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Dias	Desde	Hasta			
10-SEP-2018	31-DIC-2019	477	10-SEP-2018	31-DIC-2019	$79.832	$15.168	$95.000

VALOR A PAGAR EN LETRAS
NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$7.000.000	$21.000	$7.000.000,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN Nº 009961

103 – NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LIDER
012	NDX	2536	CUM003	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

Dr. Juan David Mogollon
Endodoncia
Universidad Santo Tomás
Reg: 52921-12

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
1522	ESI SEGUROS LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	AGENCIAS	100,00	79.832

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/08/2016	13 – 18	P	5	F-01-12-082
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT-P	5	N-01-012-010

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios Profesionales
NRO. DE CONTRATO 42-7-20038-18.
OBJETO:CONTRATAR LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTODE POLICIA URABA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by CamScanner